الاتجاهات المعاصرة في ممارسة

الخدمة الاجتماعية الوقائية



أ. د. مدحت محمد أبو النصر

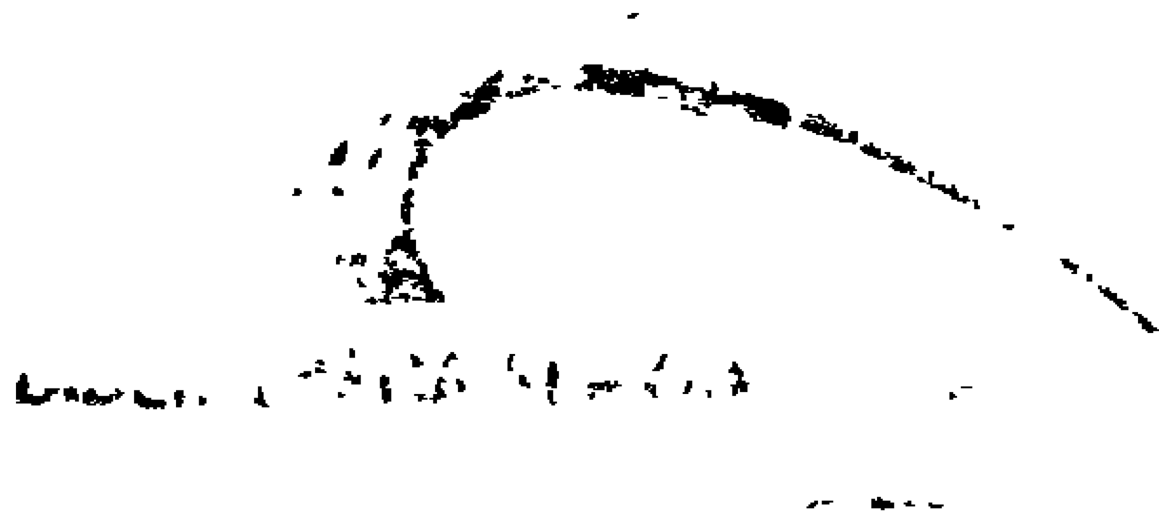
مجموعة النيل العربية

الاتجاهات المعاصرة في ممارسة

الخدمة الاجتماعية الوقائية

الاتجاهات المعاصرة في ممارسة

الخدمة الاجتماعية الوقائية



تأليف

أ.د. مدحت محمد أبو النصر

أستاذ بكلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان

دكتوراه من جامعة wales ببريطانيا

أستاذ زائر بجامعة .C.W.R بأمريكا

أستاذ بجامعة الإمارات العربية المتحدة (سابقًا)

رئيس قسم العلوم الاجتماعية بكلية شرطة دبي (سابقًا)

مجموعة النيل العربية

عنــوان الكتــاب: الاتجاهات المعاصرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية

إعـــــداد: أ.د. مدحت محمد أبو النصر

رقـم الإيـداع: 26252

الترقيم الـدولي: 9 - 072 - 377 - 977

الطبعـــة: الأولى

سنة النـشر: 2008

النـاشــر: مجموعة النيل العربية



العنـــوان: ص.ب: 4051 الحي السابع

مدينة نصر 11727 القاهرة — ج.م.ع

التليفـــون: 26717134 - 00202/26717135

الفـــاكس: 00202/26717135

بريـد إلكتروني: e-mail: arab_nile_group@hotmail.com
e-mail: arab_nile_group@yahoo.com

الموقع الإلكتروني: www.arabnilegroup.com

أبو النصر، مدحت محمد
الاتجاهات المعاصرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية / تأليف مدحت محمد أبو النصر.- ط1. - القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2007.
384 ص؛ 24سم.
تدمك 9-072-377-977
1- الخدمة الاجتماعية
2- الصحة الوقائية
أ- العنوان

362.11

تنويه 1 :

لقد تم بذل أقصى جهد ممكن لضمان احتواء هذا الكتاب على معلومات دقيقة ومحدثة. ومع هذا، لا يتحمل الناشر "مجموعة النيل العربية" أية مسئولية قانونية فيما يخص محتوى الكتاب أو عدم وفائه باحتياجات القارئ كما أنه لا يتحمل أية مسئولية أو خسائر أو مطالبات متعلقة بالنتائج المترتبة على قراءة أو استخدام هذا الكتاب.

تنويه 2 :

إن مادة هذا الكتاب والأفكار المطروحة به تعبر فقط عن رأي الكاتب أو المؤلف لهذا الكتاب، ولا تعبر بالضرورة على رأي الناشر.

بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

قال تعالى:

﴿ وَلَا تُلْقُوا۟ بِأَيْدِيكُمْ إِلَى ٱلتَّهْلُكَةِ ۛ وَأَحْسِنُوٓا۟ ۛ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلْمُحْسِنِينَ ﴾

صدق الله العظيم (سورة البقرة، آية 195)

﴿ إِنَّ ٱللَّهَ لَا يُغَيِّرُ مَا بِقَوْمٍ حَتَّىٰ يُغَيِّرُوا۟ مَا بِأَنفُسِهِمْ ۗ ﴾

صدق الله العظيم (سورة الرعد، آية 11)

﴿ فَأَمَّا ٱلزَّبَدُ فَيَذْهَبُ جُفَآءً ۖ وَأَمَّا مَا يَنفَعُ ٱلنَّاسَ فَيَمْكُثُ فِى ٱلْأَرْضِ ۚ ﴾

صدق الله العظيم (سورة الرعد، الآية 17)

Department of Culture & Information - Govt. of Sharjah - U.A.E.

معرض الشارقة للكتاب
Sharjah Book Fair

دائرة الثقافة والاعلام
حكومة الشارقة
دولة الامارات العربية المتحدة

شهادة

تشهد اللجنة المنظمة للدورة الخامسة عشرة لمعرض الشارقة للكتاب أن السيد الدكتور مدحت محمد أبو النصر الأستاذ بقسم الخدمة الإجتماعية بكلية العلوم الإنسانية والإجتماعية بجامعة الإمارات العربية المتحدة بالعين قد فاز بجائزة أفضل كتاب في مجال العلوم الإجتماعية ضمن مسابقة أفضل مؤلف وأفضل كتاب التي نظمتها دائرة الثقافة والإعلام في معرض الشارقة ابان الدورة الخامسة عشرة لمعرض الشارقة للكتاب في نوفمبر ١٩٩٦م.. وقد فاز كتاب الدكتور المعنون: الخدمة الإجتماعية الوقائية الصادر عام ١٩٩٦ عن دار القلم/ دبي.

والدائرة اذ تنتهز هذه الفرصة لتهنيء الدكتور مدحت أبو النصر لتؤكد حرصها الدائم على تشجيع العلم والعلماء والبحث والباحثين والمبدعين في مجالات المعرفة المختلفة..

وقد حررت هذه الشهادة تأكيداً للفوز.



د.يوسف عيدابي
رئيس اللجنة المنظمة
معرض الشارقة للكتاب
الدورة الخامسة عشرة

الشارقة في ١٥ ديسمبر ١٩٩٦م

الإِهداء

إلي زوجتي الوفية...

وأبنائي الأحباء ياسمين ومحمد...

الذين صبروا على انشغالي عنهم، وقدموا لي كل عون...

أهدي لهم هذا الجهد المتواضع.

المحتويات

الموضوع	الصفحة
مقدمة	19
الفصل الأول **الخدمة الاجتماعية الوقائية**	25
أولاً: تعريف الخدمة الاجتماعية	27
ثانيًا: أهداف الخدمة الاجتماعية	30
1- الأهداف العلاجية	31
2- الأهداف الوقائية	32
3- الأهداف التنموية......................................	32
ثالثًا: مداخل الممارسة في الخدمة الاجتماعية	32
1- المدخل العلاجي	32
2- المدخل الوقائي	34
3- المدخل التنموي......................................	35
رابعًا: أسلوب الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية..............	39
خامسًا: أنساق الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية.............	40
سادسًا: الأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي	43
سابعًا: الميثاق الأخلاقي الدولي لمهنة الخدمة الاجتماعية............	44
مراجع الفصل الأول	49

الموضوع	الصفحة
الفصل الثاني **مفهوم الوقاية**	53
أولاً: تعريف الوقاية..................	54
ثانيًا: درجات الوقاية	55
ثالثًا: أنواع الوقاية	62
رابعًا: مستويات الوقاية	65
خامسًا: حساب التكلفة والعائد للوقاية مقارنة بالعلاج..........	66
مراجع الفصل الثاني	73
الفصل الثالث **الوقاية في الإسلام**	77
أولاً: تعريف الوقاية في الإسلام..................	79
ثانيًا: أنواع الوقاية في الإسلام	81
ثالثًا: الضروريات الشرعية الكلية (مبدأ الحفاظ على الكليات الخمس) .	89
1- حفظ الدين	90
2- حفظ النفس	90
3- حفظ العقل..................	91
4- حفظ النسل والعرض	92
5- حفظ المال..................	93
مراجع الفصل الثالث..................	97
الفصل الرابع **الخدمة الاجتماعية الوقائية**	99
أولاً: تعريف الخدمة الاجتماعية الوقائية..................	101
ثانيًا: تطور الخدمة الاجتماعية الوقائية	102

الموضوع	الصفحة
ثالثًا: العوامل التي أدت إلى ظهور الخدمة الاجتماعية الوقائية	107
عوامل خاصة بمهنة الخدمة الاجتماعية	108
عوامل مجتمعية محيطة بمهنة الخدمة الاجتماعية..................	109
مراجع الفصل الرابع..	111
الفصل الخامس **عناصر وأهداف الخدمة الاجتماعية** **الوقائية ومقومات نجاحها**	115
أولاً: عناصر الخدمة الاجتماعية الوقائية	117
ثانيًا: أهداف الخدمة الاجتماعية الوقائية	127
ثالثًا: مقومات نجاح الخدمة الاجتماعية الوقائية	129
مراجع الفصل الخامس..	139
الفصل السادس **محاور ومراحل وأدوات ممارسة** **الخدمة الاجتماعية الوقائية**	143
أولاً: محاور ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية	145
ثانيًا: مراحل ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية	162
ثالثًا: أدوات / وسائل ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية.............	166
رابعًا: التأمينات الاجتماعية كأحد مداخل الرعاية الاجتماعية في مصر	180
مراجع الفصل السادس	193
الفصل السابع **مجالات الوقاية**	199
أولاً: الوقاية من الانحراف والجريمة............................	201
ثانيًا: الوقاية من الإدمان	205

الموضوع	الصفحة
ثالثًا: الوقاية من الإعاقة	207
رابعًا: الوقاية من الأمراض الجسمية	211
خامسًا: المنهج الوقائي في خدمات رفاهية الأطفال	213
سادسًا: الوقاية من العنف ضد الأطفال	214
مراجع الفصل السابع	230
الفصل الثامن **دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة**	235
مقدمة	237
أولاً: دور الأسرة في درء عوامل الخطر التي تهدد نمو الأطفال	239
ثانيًا: دور الأسرة في الكشف المبكر عن حالات الضعف والعجز والإعاقة.	241
ثالثًا: سبل تشجيع ودعم الأسر للقيام بدورها في الوقاية من الإعاقة والكشف المبكر عنها	244
مراجع الفصل الثامن	245
الفصل التاسع **التفوق الدراسي** **دور المدرسة والأخصائي الاجتماعي**	247
مقدمة	249
أولاً: تعريف الطالب المتفوق	250
ثانيًا: التعرف على الطلاب المتفوقين – المصادر	251
ثالثًا: التعرف على الطلاب المتفوقين – الأساليب	253

الموضوع	الصفحة
رابعًا: العوامل التي تساعد على التفوق........................	255
خامسًا: بعض العوامل الاجتماعية التي تؤثر في التفوق..............	256
سادسًا: خدمات رعاية المتفوقين..............................	262
سابعًا: دور الأخصائي الاجتماعي مع الطالب المتفوق	265
مراجع الفصل التاسع	275
الفصل العاشر **الخدمة الاجتماعية الوقائية في بيئة العمل**	277
مقدمة..	278
المزايا والخدمات التي تقدم للعاملين في المنظمات	278
أهمية المزايا والخدمات للعاملين..............................	279
أمثلة على المزايا والخدمات التي تقدم للعاملين	281
ممارسة الرياضة لتخفيف حدة ضغوط العمل والحياة	284
أهمية أوقات الراحة وتنظيمها في أماكن العمل	286
مراجع الفصل العاشر	287
الفصل الحادي عشر **أمثلة أجنبية على برامج ومشروعات في الخدمة الاجتماعية الوقائية**	289
أولاً: أساليب الوقاية من الجنوح – تجربة هولندية..................	291
ثانيًا: التجربة الفنلندية للوقاية من الجريمة بواسطة المؤسسات التربوية	298
ثالثًا: خدمات الوقاية الأولية للأطفال والشباب في بعض مدارس الولايات المتحدة الأمريكية	300

الموضوع	الصفحة
رابعًا: مركز "مدارس ومجتمعات خالية من المخدرات" في بورتلانـــد بالولايات المتحدة الأمريكية	305
مراجع الفصل الحادي عشر	307
الفصل الثاني عشر **أمثلة عربية على برامج ومشروعات في الخدمة الاجتماعية الوقائية**	309
أولاً: برنامج الوقاية من التدخين في مدارس السعودية	311
ثانيًا: برامج خدمة اجتماعية ذات صبغة وقائية في بعض مدارس الإمارات	314
ثالثًا: برنامج التربية الأمنية ونشر الثقافة القانونية والأمنية في الإمارات	326
رابعًا: مشروع اشتراك المواطنين في مخيمات الفلسطينيين في لبنان ..	328
خامسًا: مشروع الأسر المنتجة في مصر	329
سادسًا: أندية الدفاع الاجتماعي في مصر	331
سابعًا: تدعيم الانتماء لدى الطفل المصري	333
ثامنًا: مكاتب تسوية المنازعات الأسرية في مصر	339
مراجع الفصل الثاني عشر	343
الفصل الثالث عشر **الوقاية في مهن أخرى**	345
مقدمة..	347
أولاً: الطب الوقائي	347
ثانيًا: الهندسة الوقائية	349
ثالثًا: التربية الوقائية	352

الموضوع	الصفحة
رابعًا: الإدارة الوقائية	356
خامسًا: الشرطة الوقائية	369
مراجع الفصل الثالث عشر	379
السيرة الذاتية للمؤلف	381

مقدمة

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على سيد المرسلين سيدنا محمد وعلى آله وأصحابه أجمعين، ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين..

أما بعد.. فهذا بفضل الله تعالى أول كتاب باللغة العربية عن الخدمة الاجتماعية الوقائية. فقد تم إعداد الطبعة الأولى من هذا الكتاب تحت عنوان "الخدمة الاجتماعية الوقائية" عام 1996 بناء على تكليف من قسم الخدمة الاجتماعية بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية بجامعة الإمارات العربية المتحدة لتدريسه لطلاب وطالبات هذا القسم لمساق الخدمة الاجتماعية الوقائية وذلك بواسطة المؤلف، الذي كان يعمل أستاذاً معاراً في ذلك الوقت بجامعة الإمارات.

وفي نفس العام حصل الكتاب على جائزة أفضل كتاب في مجال العلوم الاجتماعية ضمن مسابقة أفضل مؤلف وأفضل كتاب التي نظمتها دائرة الثقافة والإعلام في معرض الشارقة إبان الدورة الخامسة عشر لمعرض الشارقة للكتاب في نوفمبر 1996.

وفي الطبعة الثانية للكتاب تم إضافة العديد من الفقرات والتعريفات والأمثلة والتجارب في جميع فصول الكتاب بدون استثناء. كذلك تم كتابة فصل جديد عن الخدمة الاجتماعية الوقائية في بيئة العمل.

وفي الفصل الأخير الذي ألقى الضوء على الوقاية في مهن أخرى، تم الحديث عن الإدارة الوقائية والشرطة الوقائية.

ولقد تم تسمية الكتاب في طبعته الثانية بعنوان "الاتجاهات المعاصرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية" نظراً لمحاولة الكتاب تقديم الخطوط العريضة

التي تسهل وتشجع الأخصائيين الاجتماعيين على ممارسة المدخل الوقائي في الخدمة الاجتماعية في مجالات العمل التي يعملون بها، وعلى مختلف الوحدات الإنسانية التي يعملون معها...

والخدمة الاجتماعية الوقائية اتجاه حديث نسبًا في ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية. وهذا الاتجاه يركز أساسًا على المدخل الوقائي وليس على المدخل العلاجي. فالوقاية خير من العلاج، لما يترتب عليها من توفير الوقت والجهد والتكاليف وتخفيف العبء العلاجي بصفة عامة.

فالعمل على إشباع الاحتياجات المشروعة بمعناها العام، وتلافي الضغوط والقلق الزائد ومواقف الشدة والأزمات التي يتعرض لها الأفراد والجماعات والمنظمات والمجتمعات، والاهتمام الجاد بالتخطيط لحياة الناس، يُمكِّن من تلافي وتجنب الوقوع والوقاية من المشكلات سواء كانت صحية أو نفسية أو اجتماعية أو تعليمية أو اقتصادية...

والخدمة الاجتماعية الوقائية هي مجموعة الأنشطة المهنية التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون بهدف تجنب أو تفادي المشكلات المتنبأ بها بصفة عامة والاجتماعية بصفة خاصة لدى الناس، وخاصة المعرضين للمخاطر أكثر من غيرهم، وذلك من خلال تزويدهم بقدر معقول من المعارف والاتجاهات والمهارات لمواجهة مواقف الشدة والقلق والضغوط والأزمات. أيضًا من خلال توفير الظروف المجتمعية التي تدعم برامج إشباع الاحتياجات المشروعة وزيادة فرص الحياة للأفراد وللجماعات وللمجتمعات.

ولقد ظهرت جذور الخدمة الاجتماعية الوقائية في قلب الخدمة الاجتماعية العلاجية، ومنذ أن نشأت المهنة في أوائل القرن العشرين، على أساس أن مساعدة

العميل على مواجهة مشكلته هي نوع من الوقاية له وللمحيطين به وللمجتمع من الوقوع في مشكلات أخرى. وقد استمر الاهتمام بالمدخل الوقائي في الخدمة الاجتماعية ينمو رويدًا رويدًا، إلاَّ أن الاهتمام الواضح والصريح بهذا المدخل بدأ منذ السبعينيات في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا الغربية وذلك لعديد من العوامل؛ منها ما هو مرتبط بمهنة الخدمة الاجتماعية، وعوامل أخرى مجتمعية أثرت في المهنة.

وفي الثمانينيات بدأت العديد من مدارس الخدمة الاجتماعية في الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا وبعض دول أوروبا الغربية مثل السويد وهولندا في تدريس مساق الخدمة الاجتماعية الوقائية. غير أنه في الوطن العربي لم يتم تدريس هذا المساق حتى الآن. ولهذا يمكن أن نقول إن تدريس هذا المساق في جامعة الإمارات هو الأول من نوعه على مستوى الوطن العربي؛ حيث تتميز الخطة الجديدة لقسم الخدمة الاجتماعية في هذه الجامعة باختيار محور الوقاية بجوار محور التنمية كبؤرة يدور حولها تعليم وتدريب الخدمة الاجتماعية في هذه الجامعة.

ويتكون الكتاب من ثلاثة عشر فصلاً؛ فيعرض الفصل الأول موضوع الخدمة الاجتماعية والوقائية؛ حيث تم تناول تعريف وأهداف ومداخل الخدمة الاجتماعية بما فيها الأهداف الوقائية والمدخل الوقائي.

بينما يعرض الفصل الثاني لتعريف ودرجات وأنواع ومستويات الوقاية مع عقد مقارنة بين الوقاية والعلاج من حيث التكلفة والعائد.

ورغم أن الخدمة الاجتماعية الوقائية تعتبر توجهًا جديدًا في الدراسات الحديثة، إلاَّ أن المتتبع لتعاليم الإسلام يدرك في وضوح تفصيل الإسلام لمفهوم الوقاية

وأنواعها وقواعدها وأدواتها. ولهذا استعرض الفصل الثالث موضوع الوقاية في الإسلام بشيء من التفصيل.

وفي الفصل الرابع نتناول بالتفصيل تعريف الخدمة الاجتماعية الوقائية وتطورها والعوامل التي أدت إلى ظهورها سواء كانت داخلية أو خارجية.

أما الفصل الخامس فيحدد لنا عناصر وأهداف الخدمة الاجتماعية الوقائية ومقومات نجاحها، مع إعطاء بعض الأمثلة.

ولتوضيح كيفية تحقيق الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية الوقائية وأدوار الأخصائي الاجتماعي الوقائي، تناول الفصل السادس بالتفصيل محاور ومراحل وأدوات ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية.

وفي الفصل السابع تم عرض لبعض مجالات الوقاية وهي: الوقاية من الانحراف والجريمة، والإدمان، والإعاقة، والأمراض الجسمية، والمنهج الوقائي في خدمات رفاهية الأطفال، والوقاية من العنف ضد الأطفال.

والفصول من العاشر إلى الثاني عشر توضح دور الخدمة الاجتماعية الوقائية مع مؤسسة الأسرة وفي المدرسة وفي بيئة العمل.

ولكون الوقاية من المشكلات مسؤولية مشتركة تقع على عاتق الأسرة والمدرسة والمسجد ووسائل الاتصال الجماهيري والمجتمع ككل، تناول الفصل الثامن – كمثال – دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة وذلك من منطلق أن الأسرة هي إحدى المؤسسات الرئيسية المسؤولة عن وقاية الإنسان من المشكلات.

ويعرض الفصل التاسع لموضوع التفوق الدراسي ودور المدرسة والأخصائي الاجتماعي في هذا المجال. ولعل اختيارنا لفئة المتفوقين دراسيًا كأحد أنماط وحدات

العمل في الخدمة الاجتماعية الوقائية يرجع إلى أهمية وقاية هذه الفئة من المشكلات التي يمكن أن تواجهها. وهذه الفئة أيضًا لم تجد الاهتمام الكافي من الخدمة الاجتماعية العلاجية من منطلق أن الأخيرة تركز اهتمامها على العملاء المشكلين مثل: الطلاب ضعيفي التحصيل الدراسي والمرضى والأحداث الجانحين والمدمنين والمساجين والمعاقين...

ويتحدث الفصل العاشر عن دور الخدمة الاجتماعية الوقائية في بيئة العمل، موضحًا المزايا والخدمات التي تقدم للعاملين في المنظمات، وكيف أنها تسهم في وقاية هذه المنظمات وهؤلاء العاملين من كثير من مشكلات العمل والإنتاج.

وفي الفصلين الحادي عشر والثاني عشر تم استعراض العديد من الأمثلة الأجنبية ثم العربية على برامج ومشروعات في الخدمة الاجتماعية الوقائية تم تنفيذها في كل من: هولندا وفنلندا والولايات المتحدة الأمريكية، والسعودية والإمارات ولبنان ومصر.

أخيرًا يقدم لنا الفصل الثالث عشر أمثلة على بعض المهن التي سبقت مهنة الخدمة الاجتماعية في اهتمامها بالوقاية، وهي: الطب والهندسة والإدارة والتربية والشرطة.... ولقد تمثل هذا الاهتمام في ظهور فروع لها متخصصة في العمل الوقائي وهي: الطب الوقائي والهندسة الوقائية والتربية الوقائية والإدارة الوقائية والشرطة الوقائية.

والمؤلف يشكر الله سبحانه وتعالى على كل نعمة وعلى هديه له في إعداد هذا الكتاب. ثم يشكر سعادة الأستاذ الدكتور/ محمد إبراهيم شريف بقسم الدراسات الإسلامية بجامعة الإمارات العربية المتحدة وجامعة القاهرة على تخصيص وقته

وجهده في مراجعة فصل الوقاية في الإسلام، والأخ الكبير الأستاذ الدكتور/ مـــاهر أبو المعاطي علي رئيس قسم مجالات الخدمة الاجتماعية بكلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان على تشجيعه ونصائحه التي أفادت في تدعيم الكتـــاب فـــي طبعتـــه الثانية، والصديق الأستاذ/ محمد إبراهيم الوليلي موجه الخدمة الاجتماعيـــة بدولـــة الإمارات العربية المتحدة على نقاشاته وحواراته المفيدة حول موضوعات الكتاب.

وعلى الله قصد السبيل، وبالله التوفيق.

المؤلف
أ.د. مدحت أبو النصر
القاهرة: يناير 2008

الفصل الأول: الخدمة الاجتماعية الوقائية

أولاً: تعريف الخدمة الاجتماعية.

ثانيًا: أهداف الخدمة الاجتماعية.

1- الأهداف العلاجية.

2- الأهداف الوقائية.

3- الأهداف التنموية.

ثالثًا: مداخل الممارسة في الخدمة الاجتماعية.

1- المدخل العلاجي.

2- المدخل الوقائي.

3- المدخل التنموي.

رابعًا: أسلوب الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية.

خامسًا: أنساق الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية.

سادسًا: الأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي.

سابعًا: الميثاق الأخلاقي الدولي لمهنة الخدمة الاجتماعية.

مراجع الفصل الأول.

الفصل الأول

الخدمة الاجتماعية والوقاية

أولاً: تعريف الخدمة الاجتماعية Social Work Definition:

في مواجهة الحياة المعقدة في عصرنا الحالي، وفي سبيل قِيام الناس بأدوارهم ووظائفهم العديدة والصعبة أحيانًا، يحتاج الناس إلى الكثير من الموارد، وإلى مساعدة العديد من المهن.

والخدمة الاجتماعية Social Work تعتبر إحدى المهن التي تهدف إلى مساعدة الناس وتقديم الخدمات الاجتماعية لهم بهدف أن يقوموا بأدوارهم ووظائفهم بشكل أفضل. إن خصائص الناس والبيئة المحيطة بهم وطبيعة مشكلاتهم هي التي تحدد أهداف عملية المساعدة التي ستقوم بها الخدمة الاجتماعية مع هؤلاء الناس.

والخدمة الاجتماعية مهنة إنسانية Human Profession ظهرت حديثًا في أوائل القرن العشرين، تعمل مع المهن الأخرى لإحداث التغيير الاجتماعي بل والاقتصادي في المجتمع بما يحقق أهداف هذا المجتمع من تماسك ورعاية وإنتاج وتقدم...

ويسمى الشخص المهني الذي يمارس مهنة الخدمة الاجتماعية بالأخصائي الاجتماعي (الاختصاصي الاجتماعي – Social Worker) ذلك الشخص الذي تم إعداده إعدادًا نظريًا وميدانيًا خلال أربع سنوات بعد مرحلة الدراسة الثانوية العامة – في مدارس أو معاهد أو أقسام أو كليات الخدمة الاجتماعية.

والأخصائي الاجتماعي يتعاون مع العاملين من التخصصات المهنية الأخرى (مثل: الطبيب، الممرضة، المدرس، أخصائي العلاج الطبيعي، أخصائي التأهيل المهني،...) في تحقيق أهداف مساعدة الناس وتقديم برامج الرعاية التي يحتاجونها... مثل: الرعاية الصحية والرعاية التعليمية والرعاية الاجتماعية. ويأخذ هذا التعاون شكل فريق عمل Team Work كنوع من التنسيق والتكامل في تحقيق الأهداف.

والآتي عرض لبعض تعريفات الخدمة الاجتماعية. والملاحظ أن هناك العديد من التعريفات لهذه المهنة، وأنه لا يوجد اتفاق على تعريف موحد للخدمة الاجتماعية، وقد يرجع ذلك إلى حداثة المهنة وتطورها السريع، بالإضافة إلى أن كل مؤلف ينظر إليها من منظور معين أو يركز على جانب معين أو أهداف معينة في الخدمة الاجتماعية.

1- يعرف والتر فريد لاندر Walter A. Friedlander الخدمة الاجتماعية بأنها "نوع من الخدمات المهنية تعتمد على قاعدة علمية من المعارف والمهارات العديدة في ميدان العلاقات الإنسانية، وهي تهدف إلى مساعدة الأفراد كحالات أو كجماعات للوصول إلى مستوى التوافق والنضج والاعتماد على النفس، وهي تمارس كإحدى وظائف المؤسسات الاجتماعية"[1].

2- تعريف الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين في الولايات المتحدة الأمريكية (National Association Of Social Workers) الخدمة الاجتماعية هي نشاط مهني، يهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على تقوية أو استعادة قدراتهم على الأداء الاجتماعي، وإيجاد الأوضاع الاجتماعية المحققة لهذا الهدف. وتتكون ممارسة الخدمة

الاجتماعية من التطبيق المهني لقيم ومبادئ وتكنيكات الخدمة الاجتماعية لتحقيق واحد أو أكثر من الأغراض التالية:

مساعدة الناس على الحصول على خدمات ملموسة، الإرشاد والعلاج النفسي للأفراد والأسر والجماعات، مساعدة المجتمعات أو الجماعات على الحصول على الخدمات الاجتماعية والصحية وتحسينها، المشاركة في العمليات التشريعية ذات الصلة. وممارسة الخدمة الاجتماعية تتطلب المعرفة بالسلوك والنمو الإنساني، وبالنظم الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، وبالتفاعل بين كل هذه العوامل"[2].

3- يعرف ماكس سيبرون Max Siporin الخدمة الاجتماعية بأنها "طريقة اجتماعية تهدف إلى مساعدة الناس على علاج مشكلاتهم الاجتماعية، والوقاية منها، وتدعيم أدائهم لوظائفهم الاجتماعية"[3].

4- يعرف باير وفيدريكو Bear & Federico الخدمة الاجتماعية بأنها "مهنة تهتم بالتفاعلات بين الناس ونظم المجتمع، والتي تؤثر على قدراتهم على أداء أدوارهم الاجتماعية وتحقيق طموحاتهم وتخفيف آلامهم. ويمكن تحديد ثلاثة أغراض رئيسية للخدمة الاجتماعية كالتالي:

(أ) تدعيم وتنمية قدرات الناس على مواجهة وحل المشكلات.

(ب) تدعيم التأثير الفعال والإنساني للنظم التي تزود الناس بالموارد والخدمات والفرص.

(ج) ربط الناس بتلك النظم[4].

5- تعريف الاتحاد الدولي للأخصائيين الاجتماعيين (International Federation of Social Workers): الخدمة الاجتماعية مهنة تساهم في

إحداث التغيير الاجتماعي، والمساعدة على حل المشكلات في العلاقات الإنسانية، ومنح القوة للناس، وتعزيز الرفاهية الإنسانية، وتدعيم حقوق الإنسان والعدالة الاجتماعية في المجتمع[5].

6- تعريف عبد الفتاح عثمان: "الخدمة الاجتماعية خدمة فنية تستهدف مساعدة الناس أفرادًا وجماعات لتحقيق علاقات إيجابية بينهم ومستوى أفضل من الحياة في حدود قدراتهم ورغباتهم"[6].

7- تعريف ماهر أبو المعاطي على: الخدمة الاجتماعية مهنة متخصصة، تعتمد على أسس قيمية ومعرفية ومهارية للأخصائي الاجتماعي، لإحداث تغييرات مرغوب فيها في الأفراد والجماعات والمجتمعات، لتحقيق النمو المتبادل بين تلك الوحدات والبيئة، وذلك من منظور تنموي ووقائي وعلاجي، وفي ضوء أيديولوجية المجتمع.

8- تعريف مدحت محمد أبو النصر: "الخدمة الاجتماعية مهنة إنسانية تهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات والمنظمات والمجتمعات على: تنمية قدراتهم ومواردهم وزيادة فرصهم في الحياة، ووقايتهم من المشكلات، وإشباع حاجاتهم، وحل مشكلاتهم. ويتم ذلك في ضوء موارد وثقافة المجتمع، ومن خلال مؤسسات المجتمع المختلفة، أو إنشاء مؤسسات جديدة تظهر حاجة المجتمع إليها"[7].

ثانيًا: أهداف الخدمة الاجتماعية Social Work Aims:

الخدمة الاجتماعية كمهنة لها أهداف عديدة. وتتغير هذه الأهداف تبعًا لظروف المجتمعات والاحتياجات والمشكلات القائمة واتجاهات المؤسسات القائمة نحو التغيير المطلوب.

ومن مراجعة تاريخ الخدمة الاجتماعية فإنه يمكن أن نقول إن أهداف الخدمة الاجتماعية كانت في أول الأمر أهدافًا علاجية ثم ظهرت الأهداف الوقائية نظرًا لعدة عوامل داخلية خاصة بمهنة الخدمة الاجتماعية وعوامل أخرى خارجية من المجتمع والمهن الأخرى... (انظر الفصل الرابع)، ثم أضيفت الأهداف التنموية وخاصة عندما بدأت الخدمة الاجتماعية ربط نفسها ببرامج ومشروعات التنمية الاجتماعية بل والاقتصادية، وعندما انتقلت أيضًا الخدمة الاجتماعية من أوروبا الغربية والولايات المتحدة الأمريكية إلى الدول النامية والمتخلفة؛ مما حتم أن تلعب الخدمة الاجتماعية – نظرًا لظروف هذه الدول – دورًا رئيسيًا في جهود التنمية التي تبذل فيها.

والخدمة الاجتماعية في تلك الدول النامية والمتخلفة تضع الأهداف التنموية في المقدمة، تليها الأهداف الوقائية ثم الأهداف العلاجية. والآتي عرض لهذه الأهداف:

1- **الأهداف العلاجية Therapeutic Aims**: تتمثل هذه الأهداف في مساعدة الأفراد والجماعات للتعرف على مشكلاتهم الناجمة عن عدم التوازن بينهم وبين بيئاتهم التي يعيشون فيها، والعمل على حلها أو تخفيضها إلى أدنى حد ممكن. بمعنى مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على استعادة قدراتهم على الأداء الاجتماعي، وعلى التغلب على صعوبات التوافق الاجتماعي مع أنفسهم مع الآخرين.

باختصار فإنَّ الأهداف العلاجية في الخدمة الاجتماعية تتمثل في مساعدة العملاء المشكلين (مثل: المرضى والأحداث الجانحين والمساجين والمدمنين والمعاقين والأسر المفككة...) على حل أو علاج مشكلاتهم.

2- **الأهداف الوقائية Preventive Aims:** وتتمثل هذه الأهداف في التعرف على المناطق الكامنة والمحتملة والمتوقعة لعدم التوازن بين الأفراد أو الجماعات وبين بيئاتهم التي يعيشون فيها بهدف منع أو تجنب ظهور عدم التوازن. ويتم ذلك من خلال عدة أساليب منها: مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على تقوية قدرتهم على الأداء الاجتماعي، وتقديم المساعدة المهنية لمن هم في حالة تكيف اجتماعي سليم حتى لا يصبحوا في حالة سوء تكيف. ولتحقيق ذلك على سبيل المثال يمكن تعليم الأفراد مهارات جديدة لتحقيق أهدافهم ووقاية أنفسهم من الأمراض والمشكلات وتعديل البيئة كي تصبح أقل ضغطاً وأكثر تدعيمًا وحفزًا لسكانها.

باختصار فإن الأهداف الوقائية في الخدمة الاجتماعية تتمثل في مساعدة الناس على الوقاية من المشكلات المتوقعة أو المتنبأ بها أو المحتمل حدوثها.

3- **الأهداف التنموية Developmental Aims:** وتتمثل هذه الأهداف في تنمية قدرات ومهارات وموارد الأفراد والجماعات والمجتمعات وزيادة فرص الحياة الإنسانية الكريمة لهم، وتقوية الطاقات الحالية وإظهار الطاقات الكامنة لدى الأفراد والجماعات والمجتمعات.

ويتضح مما سبق أن الأهداف التنموية موجهة لتحقيق وإنجاح برامج التنمية الشخصية للإنسان (تنمية قدرات ومهارات وموارد الأفراد والجماعات) والتنمية المجتمعية للمجتمع[8].

ثالثا: مداخل الممارسة في الخدمة الاجتماعية:

1- **المدخل العلاجي Therapeotic Approach:** يستخدم الأخصائي الاجتماعي المدخل العلاجي في الممارسة عندما تكون المشكلة قد حدثت أو وقعت بالفعل

Problem Stage فيقوم بمساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على حل أو علاج أو مواجهة هذه المشكلة التي يعانون منها، وإعادة توافقهم مع المجتمع.

ويتبنى المدخل العلاجي الأهداف العلاجية السابق ذكرها.

ومراحل العمل المهني في المدخل العلاجي في الماضي كانت تتمثل في:

1- الدراسة Study.

2- التشخيص Diagnosis.

3- العلاج Therapy or Treatment.

بينما في الكتابات المعاصرة نجد مراحل العمل أو التدخل المهني Professional Intervention في المدخل العلاجي يتمثل في:

1- التقييم أو التقدير للموقف Assessment.

2- تحديد الهدف Aim Formulation.

3- تحديد أنساق الممارسة Practice Systems: نسق العميل Client System، والنسق المستهدف Target System، والمشكلة المقصودة (Target Problem).

4- اختيار إستراتيجية العمل Work Strategy.

5- التعاقد Contracting.

6- تنفيذ خطة التدخل المهني Implementation of the Professional Intervention Plan.

7- التقويم (متابعة / تقييم / تغذية عكسية) Evaluation.

8- إنهاء التدخل المهني Termination[9].

والخدمة الاجتماعية عندما تضع الأهداف العلاجية نصب اهتمامها وتستخدم المدخل العلاجي في ممارستها يطلق عليها "الخدمة الاجتماعية العلاجية" (Therapeutic Social Work)، وأحيانًا يطلق عليها "الخدمة الاجتماعية العيادية أو الإكلينيكية" Clinical Social Work[10].

2- **المدخل الوقائي Preventive Approach**: يعد المدخل الوقائي للخدمة الاجتماعية من الاتجاهات الحديثة للخدمة الاجتماعية في العالم العربي وفي جميع الدول النامية. هذا ويستخدم الأخصائي الاجتماعي هذا المدخل قبل حدوث المشكلة Pre-Problem Stage، وذلك بهدف منعها من الظهور أو تجنب حدوثها. فيقوم بمساعدة الأفراد والجماعات والمنظمات والمجتمعات على تفادي المشكلات المتوقعة أو التنبؤ بها.

ويتبنى المدخل الوقائي الأهداف الوقائية السابق ذكرها.

والخدمة الاجتماعية عندما تضع الأهداف الوقائية نصب اهتمامها وتستخدم المدخل الوقائي في ممارستها يطلق عليها "الخدمة الاجتماعية الوقائية" Preventive Social Work وهي موضوع كتابنا هذا.

إن المدخل الوقائي يبدأ العمل به قبل حدوث أو وقوع المشكلة، لا يمثل رد فعل للمشكلات Proactive and not Reaction كما في المدخل العلاجي. أيضًا في المدخل الوقائي يكون عنصر الزمن Time في صالحنا، وذلك بدلاً من اتباع أسلوب الانتظار والملاحظة والذي يكون في عنصر الزمن في صالح المشكلات. كما أن المدخل الوقائي أفضل من المدخل العلاجي؛ حيث إنه يوفر الوقت والجهد والتكاليف ويخفف العبء العلاجي بصفة عامة، بالإضافة إلى أنه يساهم في ترشيد استخدام موارد الرعاية الاجتماعية التي تعاني من عجز ونقص واضح في جميع الدول وخاصة النامية منها.

إن أمثال الأمم ثمرة تجاربها، وهي منائر يهتدي بها الناس في حياتهم اليومية. والمثل الشعبي يقول الوقاية خير من العلاج Prevention is Preferable to Treatment، أو درهم وقاية خير من قنطار علاج An Ounce of Prevention is better than one Pound of Cure.

وللأسف نحن نرفع هذا المثل أو الشعار ونردده كثيرًا دون أن نحوّله في معظم أمور حياتنا إلى سلوك عملي. والسؤال الذي يطرح نفسه هو: هل الوقاية من المشكلة تستحق المحاولة؟ أم ننتظر حتى تحدث المشكلة ونتحرك لمواجهتها؟ والإجابة: نعم الوقاية تستحق المحاولة. إن الوقاية أفضل من علاج ضحايا المشكلات واحدًا تلو الآخر.

أخيرًا إن الوقاية سوف تؤدي إلى خفض عدد الذين يعانون من المشكلات وبالتالي زيادة شعور الناس بالأمن والطمأنينة وزيادة إنتاجيتهم. بل إن الوقاية بدلاً من الانتظار حتى تحدث المشكلة ثم نتحرك لعلاجها، تحقق مزيدًا من الاحترام للناس، وتحافظ على القدرة الإنسانية لديهم وتوفر طاقاتهم في الدراسة أو الإنتاج بدلاً من أن تضيع في المعاناة من هذه المشكلات، أو يضيع وقتهم في المستشفى لوقوعهم فريسة للأمراض، أو في وحدة رعاية الأحداث أو السجن لقضاء عقوبة لاقترافهم سلوكًا جانحًا.

ومشكلات الناس ليس أمرًا جديدًا أو حديثًا أو غريبًا علينا، فكلنا يعرفها ويمكن التنبؤ بها، بل إن هناك بحوثًا ودراسات وكتبًا عديدة لا حصر لها حددت المشكلات والأزمات والضغوط التي يقابلها الناس.

3- **المدخل التنموي Developmental Approach**: يعد المدخل التنموي للخدمة الاجتماعية أيضًا من الاتجاهات الحديثة للخدمة الاجتماعية في العالم العربي وفي جميع الدول النامية.

والخدمة الاجتماعية عندما تضع الأهداف التنموية نصب اهتمامها وتستخدم المدخل التنموي في ممارستها يطلق عليها "الخدمة الاجتماعية التنموية" Developmental Social Work. ويعرفها سيد أبو بكر حسانين بأنها:

"ذلك النوع من الممارسة المهنية التي يتعامل مباشرة مع تحديات التنمية، ويسهم بإيجابية وفعالية في رفع مستوى معيشة المواطنين اقتصاديًا واجتماعيًا وباطراد، ويسهم في زيادة متوسط نصيب الفرد من الدخل القومي مقومًا بما يحصل عليه الفرد من سلع وخدمات"(11).

هذا ويمكن تحديد الهدف العام للخدمة الاجتماعية التنموية في الإسهام في رفع متوسط نصيب الفرد القومي مقومًا بما يحصل عليه الفرد من سلع وخدمات.

ويضاف إلى هذا الهدف العام مجموعة من الأهداف الفرعية التي يمكن تلخيصها بالإسهام فيما يلي(12):

1- إيجاد رأي عام مستعد لتحمل مسؤوليات التنمية الشاملة.
2- تحديد المعوقات الاجتماعية للتنمية الاقتصادية والعمل على التغلب عليها.
3- تحديد مقومات التنمية الاجتماعية وتحديد مساراتها واتجاهاتها.
4- استثارة مشاركة الجماهير للتأثير في وضع السياسة الاجتماعية والتخطيط الاجتماعي واتخاذ القرارات بشأن خطط التنمية الاجتماعية وتنفيذ تلك الخطط والبرامج ومتابعتها وتقويميها.
5- ضمان عدالة توزيع الناتج القومي تحقيقًا للعدالة الاجتماعية وضمانًا لتقبل المواطنين تحمل مسؤوليات وأعباء التنمية الاقتصادية والاجتماعية.

6- تقليل الفاقد الاجتماعي الاقتصادي بقدر الإمكان حفاظًا على المـوارد والإمكانات القومية ومنعًا لتبديدها.

7- توفير تنشئة اجتماعية موجهة لمساعدة النشء والشباب على اكتساب القيم والاتجاهات العصرية التي تسهل ترسيخ عملية تحديث المجتمع والعمل على الاحتفاظ بالقيم والاتجاهات المميزة لثقافة المجتمع وتراثه التاريخي؛ لإيجاد نمط من التحديث يتلاءم وظروف وأوضاع وأهداف وقيم وثقافة وتاريخ مجتمعنا.

إن الدور التنموي للخدمة الاجتماعية في الوطن العربي يتطلب إعادة النظر في أنماط الممارسة القائمة لتصبح أكثر استجابة لاحتياجات التنمية، وهذا يتطلب منها تعديل في أولويات الممارسة مع العناية بمشكلات الجماهير ذات الانعكاسات السلبية في قضية التنمية، فالخدمة الاجتماعية حتى الآن لم تلعب دورًا رئيسيًا واضحًا تجاه العديد من المشكلات الجماهيرية في الوطن العربي ككل، أو في كل دولة عربية على حدة[13].

تعقيب:

سوف يتبنى هذا الكتاب المدخل الوقائي لعدة أسباب تم ذكرها آنفًا، وسوف نتناولها بشيء من التفصيل في الفصل الثاني أيضًا. ولكن هذا لا يعني أن المدخلين الآخرين (العلاجي والتنموي) لهما أهمية أقل. فكل المداخل هامة ومطلوبة. والقضية هي اختيار المدخل المناسب من ضمن هذه المداخل في ضوء: الأهداف المطلوب تحقيقها، ومرحلة نمو المشكلة... فإذا لم تحدث أو تقع المشكلة (مرحلة ما قبل المشكلة) فتستخدم المدخل الوقائي، وإذا حدثت المشكلة (مرحلة ما بعد المشكلة) فنستخدم المدخل العلاجي. أما

إذا كانت أهدافنا تنموية وموجهة إلى المجتمع ككل، ولا تخص فقط فئات معينة مثل المدخل العلاجي أو تهتم أكثر بجماعات معينة (الجماعات المعرضة للمخاطر أكثر من غيرها Groups at High Rick) مثل المدخل الوقائي، فإن المدخل التنموي هو المدخل المناسب.

بل إن هذه المداخل الثلاثة تخدم بعضها البعض؛ فالعلاج والتأهيل لمن يعاني من مشكلة ما – كما سنرى في الفصل الثاني – يمثلان إحدى درجات الوقاية، حتى لا يقع الشخص مرة أخرى فريسة لهذه المشكلة. والوقاية من المشكلات تخفف العبء العلاجي. ومن خلال عمليات التنمية فإن الأفراد والجماعات والمجتمع ككل يستطيعون وقاية أنفسهم من المشكلات نظرًا لما اكتسبوه من قدرات ومهارات وموارد وفرص، أما إذا حدثت المشكلات فإنهم يستطيعون التحرك لمواجهة هذه المشكلات لوجود آليات التدخل العلاجي ولتوفر المناخ والبيئة الاجتماعية المناسبة في المجتمع لمواجهة المشكلات مثل: تخصيص الموارد، الديمقراطية، المشاركة، الاستجابة العلمية المناسبة والسريعة لهذه المشكلات[14].

ويمكن أن نقول أيضًا إن الفصل بين الجوانب الوقائية والعلاجية والتنموية أمر من الصعب أن يتحقق إلاَّ لأغراض نظرية. أما في مجال الممارسة الميدانية، فإن التداخل بين هذه الجوانب الثلاثة مستمر على الدوام. فالمدخل العلاجي يتضمن جوانب وقائية للمستقبل، والمدخل التنموي هو بالدرجة الأولى أعمال وقائية غير مباشرة لا تتعامل مع الزمن الحاضر، قدر ما تتعامل مع زمن آجل.

رابعًا: أسلوب الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية:

أسلوب الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية The Generalist Practice of Social Work:

هو أسلوب حديث نسبيًا في تعليم وممارسة الخدمة الاجتماعية في الوقت المعاصر. ويرتكز هذا الأسلوب على النظرة الشمولية للإنسان وتفاعله مع البيئة المحيطة به. وهذا الأسلوب يمثل وجهة نظر معينة لطبيعة ممارسة الخدمة الاجتماعية ينصبّ فيها تركيز الأخصائي الاجتماعي على المشكلات الاجتماعية والحاجات الإنسانية، وليس على تفضيل المؤسسة لتنفيذ طريقة معينة للممارسة.

ويؤكد هذا المنظور على ما يحتاج إلى أن يتم عمله لتحديد المشكلة ويختار الأخصائي الاجتماعي النظريات والطرق المتعددة مستخدمًا منظور الأنساق البيئية وعملية حل المشكلة كموجهات لعمله، ويطبق الممارس العام مستويات ومداخل وطرق متعددة.

ويعد منظور الممارسة العامة أسلوبًا واحدًا، فهو منظور يركز على العلاقات والحدود المشتركة بين الأنساق مع تأكيد متساوٍ على أهداف العدالة الاجتماعية، والأنساق الإنسانية، وتحسين مستوى المعيشة والرفاهية للناس، ويرتكز العمل مع المستويات المتعددة والتوجيه النظري المتعدد على أسس معرفية وقيمية ومهارية قابلة للتطبيق في بيئات ومواقع مختلفة ومتنوعة، وتقدير مفتوح غير محدود بأي تدخل نظري معين[15].

وهناك من يعرف الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية على أنها اتجاه الممارسة المهنية الذي يركز فيه الأخصائي الاجتماعي على استخدام الأنساق الجماعية والأساليب والطرق الفنية لحل المشكلة دون تفضيل التركيز على تطبيق طريقة من طرق الخدمة الاجتماعية – لمساعدة المستفيدين من خدمات

المؤسسات الاجتماعية في إشباع احتياجاتهم ومواجهة مشكلاتهم، واضعًا في اعتباره كافة أنساق التعامل (فرد – أسرة – جماعة صغيرة – منظمة – مجتمع)، مستندًا على أسس معرفية ومهارية وقيمية تعكس الطبيعة المنفردة لممارسة الخدمة الاجتماعية في تعاملها مع التخصصات الأخرى لتحقق الأهداف وفقًا لمجال الممارسة(16).

وهناك من يرى أن الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية بأنها الإطار الذي من خلاله يتوفر للأخصائي الاجتماعي أساس نظري انتقائي للممارسة، وتقوم هذه الممارسة على جهود التغير المخطط ومنهج حل المشكلة، والممارسة تتناول التغير على كل مستوى من مستويات الممارسة (فرد – أسرة – جماعة – مجتمع)(17).

أما الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية The Advanced Generalist Practice of Social Work:

هي مدخل يجسد المعنى المزدوج للخدمة الاجتماعية في إدراك وتحديد المتاعب الشخصية والقضايا العامة المتزامنة؛ حيث يوجد اتفاق شامل على كل عناصر المعرفة والقيم والمهارات المتصلة بالممارسة العامة، كما يركز منظور الممارسة العامة على تأكيد العلاقات بين الأنساق وأهداف العدالة الاجتماعية(18).

خامسًا: أنساق الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية:

وضعت بيولا كمبتون Beulah Compton تصنيفًا ممتازًا لأنساق الممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية، يمكن تحديده كالتالي(19):

1- النسق المسئول عن إحداث التغيير Change Agent System:

يعتبر الأخصائي الاجتماعي مغيرًا اجتماعيًا؛ لما له من أدوار عديدة في

عملية إحداث التغيير المطلوب في جميع عناصر مهنة الخدمة الاجتماعية (مثل: الحاجات والمشكلات والموارد والعملاء والمؤسسات والبيئة المحيطة...)، بل وفي المساهمة في إحداث التغيير المطلوب في المجتمع. كذلك تعتبر المؤسسة التي يعمل من خلالها الأخصائي الاجتماعي نسقًا مسئولاً عن إحداث التغيير؛ لما لها من أدوار عديدة في ذلك، ومنها على سبيل المثال: تقديم البرامج والخدمات والموارد، والمساهمة في إشباع الحاجات وحل المشكلات ووضع السياسات، والمساهمة في اقتراح وتعديل وتنفيذ التشريعات الاجتماعية في المجتمع... إلخ.

2- نسق العميل Client System:

أحيانًا يتحول جزء من الناس إلى عملاء، وذلك عندما يطلبون الخدمات من الأخصائيين الاجتماعيين، أو عندما يذهب إليهم الأخصائيون الاجتماعيون لتقديم الخدمات التي يحتاجونها.

وقد يكون العميل فردًا أو أسرة أو جماعة أو منظمة أو مجتمعًا (سواء محلي أو إقليمي أو قومي أو دولي).

وبعض الكتابات قد تطلق على هذه الوحدات:

أ- النسق الفردي.

ب-النسق الجماعي.

ج-النسق المؤسسي.

د- النسق المجتمعي.

3- نسق الهدف أو النسق المستهدف Target System:

نسق الهدف أو النسق المستهدف هو النسق الذي توجه نحوه عمليات

المساعدة المهنية؛ بهدف إحداث التغيير فيه. بمعنى أنه هو النسق الذي توجه نحوه جهود التدخل المهني التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون والمؤسسات التي يعلمون بها.

وقد يكون نسق العميل هو نفسه النسق المستهدف، عندما يكون التغيير المطلوب هو تغيير العميل نفسه ومساعدته. وقد يكون جزء من نسق العميل هو النسق المستهدف، عندما يكون التغيير المطلوب هو تغيير هذا الجزء فقط.

4- نسق الفعل أو العمل Action System:

نسق الفعل أو العمل يتضمن:

أ- المهنيون العاملون في المؤسسة التي يعمل بها الأخصائي الاجتماعي وعلى الأخصائي الاجتماعي الاستفادة منهم والتعاون معهم كفريق عمل لتحقيق أهداف التدخل المهني.

ب-المؤسسات الأخرى القائمة في المجتمع والتي قد يحتاج إليها الأخصائي الاجتماعي في عملية تحقيق أهداف التدخل المهني.

5- النسق المهني Professional System:

يتضمن النسق المهني في مهنة الخدمة الاجتماعية من المكونات التالية:

أ- المنظمات المهنية الخاصة بالخدمة الاجتماعية مثل: النقابة التي تضم الأخصائيين الاجتماعيين في عضويتها ومجلس تعليم الخدمة الاجتماعية ومجلس مدارس الخدمة الاجتماعية...

ب-النسق التعليمي الخاص بالخدمة الاجتماعية والمسئول عن تعليم الخدمة الاجتماعية. ويتضمن هذا النسق شعب وأقسام ومدارس ومعاهد وكليات الخدمة الاجتماعية المسئولية عن منح الدبلوم المتوسط والبكالوريوس ودبلومات الدراسات العليا والماجستير والدكتوراه في الخدمة الاجتماعية.

سادسًا: الأدوار المهنية للأخصائي الاجتماعي:

يمارس الأخصائي الاجتماعي أدوارًا Roles عديدة ومتنوعة: يختار المناسب منها طبقًا للموقف الذي أمامه، وللمشكلة التي يتعامل معها، ولنوع العملاء، والمستوى الذي يعمل عليه (سواء على مستوى الوحدات الكبيرة Marco أو الوحدات المتوسطة Mezzo أو الوحدات الصغيرة Micro).

ولقد حاول تشارلز زاستور Charles Zastrow رصد أهم هذه الأدوار كالتالي[20]:

1- دور الممكن	Enabler
2- دور حلقة الوصل بين المؤسسة والعملاء	Broker
3- دور المدافع	Advocate
4- دور مانح القوة للعملاء	Empowerer
5- دور المنشط	Activist
6- دور الوسيط	Mediator
7- دور المفاوض	Negotiator
8- دور المعلم	Educator
9- دور المبادئ	Initiator
10- دور المنسق والذي يحقق التكامل.	Coordinator & Integrator
11- دور الباحث	Researcher
12- دور المدير العام	General Manager
13- دور المحلل والمقوم	Analyst & Evaluator
14- دور المعبئ أو المحرك	Mobilizer
15- دور الأخصائي الميداني	Outreach Worker

16- دور الميسر Facilitator

17- دور المتحدث للجمهور Public Speaker

سابعًا: الميثاق الأخلاقي الدولي لمهنة الخدمة الاجتماعية(*) (21)

The International Code of Ethics of Social Work

مقدمة

تنبع مهنة الخدمة الاجتماعية بشكل متنوع من المثل والفلسفات الإنسانية والدينية والديمقراطية. هذا ويمكن ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية على المستوى الدولي لإشباع الاحتياجات الإنسانية الناشئة عن التفاعلات الشخصية والمجتمعية، ولتنمية القدرات والإمكانات الإنسانية. ويتم تكريس الأخصائيين الاجتماعيين المهنيين لتقديم الخدمات التي تهدف إلى رفاهية الإنسان وتحقيقه لذاته، وتطوير وتنظيم استخدام المعرفة العلمية المتعلقة بالسلوك الإنساني والمجتمعي، وتنمية الموارد بحيث تفي بالاحتياجات والتطلعات الفردية والجماعية والقومية والدولية وتحقيق العدالة الاجتماعية.

المبادئ:

1- يتمتع كل كائن بشري بقيمة متفردة بغض النظر عن الأصل، أو الانتماء العرقي، أو الجنس، أو المعتقدات، أو المكانة الاجتماعية، أو الاقتصادية، أو المشاركة في المجتمع.

(*) أقره الاتحاد الدولي للأخصائيين الاجتماعيين I.F.S.W. في الاجتماع العام في سان جوان، بورت ريكون 10 يوليو 1976م.

2- كل فرد من الأفراد لديه حق تحقيق الذات بالقدر الذي لا يسمح بالتعدي على نفس الحقوق المكفولة للآخرين.

3- على كل مجتمع، أيًا كانت صورته، أن يعمل على توفير أقصى قدر من المميزات لكافة أعضائه.

4- الأخصائي الاجتماعي المهني عليه مسئولية تكريس المعارف والمهارات الموضوعية المنظمة لمساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات في إحداث التنمية وتسوية النزاعات الشخصية – المجتمعية وما لها من عواقب.

5- يلتزم الأخصائي الاجتماعي المهني التزامًا أساسيًا بهدف الخدمة التي يقدمها، والذي يجب أن يكون له الأسبقية على أية أهداف أخرى أو أية وجهات نظر أخرى تتعلق بالصالح الشخصي.

قواعد السلوك الأخلاقي:

قواعد عامة:

1- معرفة وفهم قيمة كل فرد من الأفراد والعناصر التي تشكل الظروف المحيطة بالسلوك والخدمة المطلوبة.

2- إعلاء وتطوير القيم والمعارف والنظم الخاصة بهدف المهنة، والبعد عن أي أسلوب يضر بأداء المهنة لوظائفها.

3- تفسير كافة البيانات والإجراءات العامة سواء على أساس فردي أو كممثل لجمعية أو مؤسسة أو منظمة مهنية.

4- الاعتراف بحدود القدرات الشخصية، وتشجيع الاستفادة من كافة المعلومات والمهارات الملائمة، وتطبيق الأساليب العلمية للتقصي.

5- المساهمة بتقديم الخبرة المهنية في تنمية السياسات والبرامج السليمة لتحسين شكل الحياة في كل مجتمع من المجتمعات.

6- تحديد وتفسير الاحتياجات الاجتماعية، وتحديد طبيعة وخصائص المشكلات الاجتماعية على المستوى الفردي، والجماعي، وعلى المستوى المحلي، والمستوى القومي، والإقليمي، والدولي، وكذلك وظيفة مهنة الخدمة الاجتماعية.

قواعد تتعلق بالعملاء:

1- الحفاظ على حق العميل في علاقة من الثقة المتبادلة، وفي الخصوصية والسرية، والاستخدام المسئول للمعلومات يجب أن يرتبط بتجميع وتبادل المعلومات أو البيانات لوظيفة الخدمة المهنية التي سوف تؤدي فقط، وأن يخطر العميل بضرورتها وباستخدامها. ويجب ألا يتم إخراج أية معلومات بدون المعرفة المسبقة للعميل أو موافقته والإخطار بهذه الموافقة، وذلك باستثناء الحالات التي لا يستطيع العميل فيها أن يكون مسئولاً أو عندما تعرض آخرين لأخطار جسيمة.

2- تقدير واحترام الأهداف والمسئوليات والفروق الفردية للعملاء. يجب أن تقدم الخدمات المهنية داخل نطاق الوسط الاجتماعي للمؤسسة والعملاء، وذلك بهدف مساعدة العملاء على تحمل المسئولية عن تصرفاتهم الشخصية، وتقديم العون لكافة العملاء بنفس القدر من الاستعداد. وعندما لا يتيسر تقديم الخدمات المهنية تحت هذه الشروط يجب إخطار العمل بحيث يصبح لديه حرية التصرف.

3- مساعدة العميل.. فردًا كان أو جماعة أو مجتمعًا.. على الوصول لتحقيق ذاته وأقصى إمكانية داخل حدود الحقوق المتساوية للآخرين. ويجب أن ترتكز

الخدمة على أساس مساعدة العميل على تفهم واستخدام العلاقة المهنيــة فــي مؤازرة حاجات واهتمامات العميل المشروعة.

قواعد تتعلق بالمؤسسات والمنظمات:

1- العمل أو التعاون مع المؤسسات أو المنظمات التي توجه سياساتها وإجراءاتها وعملياتها توجيهًا مباشرًا نحو تقديم الخدمات الملائمــة الكافيــة وتــشجيع الممارسة المهنية التي تتمشى مع وثيقة القواعد الأخلاقية.

2- تنفيذ الأهداف والوظائف المنصوص عليها للمنظمة بأسلوب يتسم بالمسئولية، والمساهمة في تنمية السياسات والإجراءات الــصائبة والممارســة الــسليمة لتحقيق أفضل مستوليات الخدمة الممكنة.

3- تدعيم المسئولية القصوى أمام العميل، وأخذ زمام المبادرة لإحداث التغييرات المرغوبة في السياسة، والإجراءات، والممارسة من خلال القنوات المناســبة بالمؤسسة أو المنظمة. وفي حالة إذا لم يتم تحقيق العــلاج المطلــوب بعــد استنفاد هذه القنوات، يتم المبادرة بتوجيه النداءات المناسبة إلى المــستويات الأعلى من السلطة، أو الجماعة المعنية على نطاق واسع.

4- توكيد المحاسبية المهنية تجاه العملاء لتحقيق الكفاءة والفعاليــة مــن خــلال إجراءات مراجعة دورية لمشكلات العملاء والمؤسسة وكذلك الأداء الذاتي.

قواعد تتعلق بالزملاء:

1- احترام تعليم وتدريب وأداء الزملاء والعاملين بالمهن والتخصصات الأخرى مع تقديم كل التعاون المطلوب لزيادة فعالية الخدمات.

2- احترام اختلافات الآراء وأساليب الممارسة للزملاء والعاملين بالمهن الأخرى مع التعبير عن النقد من خلال القنوات المناسبة وبأسلوب يتسم بالمسئولية.

3- تنشيط وتبادل فرص الحصول على المعلومات والخبرات والأفكار مع زملاء المهنة والعاملين بالمهن الأخرى والمتطوعين بغرض تحقيق التطوير والمساندة المشتركة.

4- إعلام الجهات المختصة بأية انتهاكات ضد صالح العملاء أو ضد الأخلاقيات والقواعد المهنية، والدفاع عن الزملاء ضد أية إجراءات غير عادلة.

قواعد تتعلق بالمهنة:

1- الحفاظ على قيم ومعارف ونظم مهنة الخدمة الاجتماعية والمساهمة في تدعيمها وتحسينها.

2- التمسك بأسس ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية والعمل على تطويرها (الأساس القيمي والأساس المعرفي والأساس المهاري).

3- الدفاع عن مهنة الخدمة الاجتماعية ضد النقد غير العادل والعمل على زيادة الثقة في ضرورة وأهمية الممارسة المهنية لها.

4- تشجيع الأساليب والنظم الجديدة اللازمة لإشباع الاحتياجات الجديدة والقائمة.

مراجع الفصل الأول

(1) Walter A. Friedlander: **Introduction to Social Welfare** (N. Y. Prentice Hall, 1960) PP. 3-4..

(2) National Association of Social Workers: **Standards for Social Service Manpower** (Washingtion, D.C.: N.A.S.W. 1973) PP. 4-5

Armando Morals & Brodford W. Sheafar: **Social Work: A Profession of Many Faces** (Boston: Allyne & Bacon, Inc., 1977) P. 158..

(3) Max Siporin: **Introduction to Social Work** (N.Y.: Macmillan Publication Co., Inc., 1975) Introduction..

(4) Betty L. Baer & Ronald Federico: **Educating the Baccalaureate Social Worker** (Cambridge, Mass.: Ballinger Pubishing Co. 1978) P. 61.

(5) Robert Adams & Others (edrs.): **Social Work : Themes, Issues and Critical Debates** (London : Open University, 2nd. Ed., 2002) P. 28..

(6) عبد الفتاح عثمان: **المدارس المعاصرة في خدمة الفرد** (القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية، 1968) ص13.

(7) Medhat M. Abo El Nasr: **Social Work Practice and Political Parties and the Local Level in Egypt** (U.K.: University of Wales, College of Cardiff, 1989). Ch. 1.

مدحت محمد أبو النصر: "مفهوم الخدمة الاجتماعية"، **مجلة المنال**، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، العدد 95، فبراير 1996، ص23.

(8) مدحت محمد أبو النصر وأحمد عبد العزيز النجار: **الرعاية الاجتماعية في الإمارات العربية المتحدة: الماضي والحاضر والمستقبل** (العين: مكتبة الفلاح،

1996) ص 54-47.

(9) See: Allen Pincus & Anne Minahan: **Social Work Practice, Model and Method** (Ill: F.E Peacock Publishers, 1976) PP. 62-63; PP. 73-74. F.M. Lwenberg: **Fundamentals of Social Intervention** (N.Y.: Columbia University Press, 2nd ed., 1983) PP. 24-27.

(10) see: George Thorman: **Guide to Clinical social Work** (Spring field, Illinios: Charles C. Thomas Publisher, 1981) PP. 10-11.

(11) سيد أبو بكر حسانين: **مدخل إلى الخدمة الاجتماعية** (القاهرة: مكتبة التجارة والتعاون، 1977) ص ص 345 - 346.

(12) **المرجع السابق**: نفس الصفحات.

(13) انظر: عبد الحليم رضا عبد العال وآخرون: **مقدمة في الخدمة الاجتماعية** (القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1986) ص 351.

(14) مدحت محمد أبو النصر وسعد عبد الله الكبيسي: "وقاية الشباب من المشكلات"، **ندوة مشكلات الشباب**، جمعية الاجتماعيين، الشارقة: 18 إبريل 1996، ص 17.

(15) أحمد محمد السنهوري: **الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية وتحديات القرن الحادي والعشرين** (القاهرة: دار النهضة العربية، الجزء 2، ط 4، 2001) ص 304.

(16) ماهر أبو المعاطي علي: "الممارسة العامة للخدمة الاجتماعية مع المشكلات والظواهر الاجتماعية"، **المؤتمر العلمي السنوي الثالث عشر لكلية الخدمة الاجتماعية**، جامعة حلوان، القاهرة: 200، ص20.

(17) Ashman K.: **Understanding Generalist Practice** (Chicago, Nelson Hell Publishers, 1994) p.6..

(18) Pamela S. London : "Generalist and Advanced Generation Practice of Social Work", in **Encyclopedia of Social Work**, 19th. Ed., N.A.S.W., Washington D.C.: 1995, P.172..

(19) Beulah Compton: **Introduction to Social Work and Social Welfare** (N.Y.: The Dorsey Press, 1985) PP. 62-65.

(20) Charlen Zaetrow : **The Practice of Social Work** (N.Y.: The Dorsey Press, 3rd. ed., 1995) PP. 100-106.

(21) IFSW: **The International Code of Ethics of Social Work** (International Federation of Social Worker, July 1976).

الفصل الثاني: مفهـوم الـوقـايـة

أولاً: تعريف الوقاية.

ثانيًا: درجات الوقاية.

ثالثًا: أنواع الوقاية.

رابعًا: مستويات الوقاية.

خامسًا: حساب التكلفة والعائد للوقاية مقارنة بالعلاج.

مراجع الفصل الثاني.

الفصل الثاني

مفهوم الوقاية

أولاً: تعريف الوقاية Prevention:

الوقاية لغويًا من الفعل وقى بمعنى صانه من الأذى، وحماه، وحذره، وجنبه[1]. أيضًا يقي Prevent تعني يمنع من الوقوع، ويحول بين شيء وآخر، ويصد الشيء، ويجنب الشيء[2]؛ أي إن الوقاية تشير إلى الحماية والصيانة والتنبيه والحفظ والدفاع عن.

ولمزيد من التوضيح فالوقاية يقصد بها الإجراءات الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية وغيرها، التي تهدف إلى منع حدوث المشكلة/ أو التقليل من الآثار المترتبة عليها[3].

ويعرف مصطفى سويف مصطلح الوقاية بأنها أيّ عمل مخطط تقوم به توقعًا لظهور مشكلة معينة أو مضاعفات لمشكلة موجودة بالفعل، ويكون الهدف من هذا العمل هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لظهور المشكلة أو مضاعفاتها أو كليهما[4].

ويعرف بوكر Bowker وباركر Barker الوقاية بأنها: "أية جهود أو ممارسات علمية تبذل بهدف تجنب أو منع أو التقليل من فرص وقوع المشكلات المتنبأ بها، سواء كانت هذه المشكلات جسمية أو نفسية أو اجتماعية أو ثقافية، التي قد يواجهها – بالأخص – الأفراد أو الجماعات المعرضة للمخاطر أكثر من غيرهم People At High Risk (مثل: الرُضَّع – المراهقين – الشباب – المسنين – النساء الحوامل – المدخنين – أعضاء جماعات الأقلية...).

أيضًا تتضمن الوقاية الحفاظ على مناطق القوة الحالية لدى هذه الفئات من قدرات ومستويات بما يقوي القدرة الإنسانية لديهم[5] وعلى هذا الأساس فإن الوقاية تعني الحيلولة دون حدوث مشاكل في المستقبل، وهذا لا يتأتى إلاً من خلال تهيئة الناس واستعدادهم للتغلب على المشاكل المتوقعة[6].

وأخيرًا، إن العمل على إشباع الاحتياجات المشروعة بمعناها العام وتلافي الضغوط والقلق الزائد ومواقف الشدة والأزمات التي يتعرض لها الأفراد والجماعات والمنظمات والمجتمعات، فإنه يُمَكن من تلافي وتجنب الوقوع فريسة للمشكلات الشخصية والاجتماعية والأمراض.

ثانيًا: درجات الوقاية Prevention Degrees:

للوقاية من المشكلات سواء كانت جسمية أو اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية.... ثلاث درجات، هي[7]:

1- **الوقاية من الدرجة الأولى (الوقاية الأولية) Primary Prevention:** وتتمثل في الإجراءات الرامية لدرء أو لمنع حدوث المشكلات نهائيًا.

2- **الوقاية من الدرجة الثانية (الوقاية الثانوية) Secondary Prevention:** وتتمثل في الإجراءات الرامية للاكتشاف المبكر Early Case Finding للمشكلات وللأشخاص وللمناطق التي بدأت تظهر بها بوادر المشكلات. ثم التدخل المبكر Early Intervention لمواجهة هذه البوادر في أولها أو لتحقيق التدخل في مرحلة بدايات المشكلة قبل أن تستفحل، وهذا سيحقق بلا شك تقليل تأثيرات المشكلة ونتائجها.

3- **الوقاية من الدرجة الثالثة Tertiary Prevention:** ويتم القيام بها بعد حدوث المشكلات وتتمثل في وضع الخطط العلاجية Treatment لحل هذه

المشكلات ومواجهتها. أيضًا تتضمن الوقاية من الدرجة الثالثة عمليات التأهيل Rehabilitation للأشخاص الذين يعانون من هذه المشكلات لإعادتهم مرة أخرى لممارسة حياتهم بشكل طبيعي ولقيامهم بأدوارهم الاجتماعية المطلوبة منهم بشكل عادي ومناسب.

ويمكن إعطاء أمثلة على درجات الوقاية هذه بتطبيقها على مجال الوقاية من الإعاقة، والوقاية من المشكلات الاجتماعية، والوقاية في الصحة العامة.

(أ) درجات الوقاية من الإعاقة[8]:

1- الوقاية الأولية:

وتتمثل في الإجراءات الرامية إلى درء حدوث العاهات الحسية أو الجسمية أو النفسية أو العقلية أو الاجتماعية. ومن هذه الإجراءات: التحصين ضد الأمراض، تحسين مستوى رعاية الأم الحامل، التغلب على مشكلات الفقر، برامج تغذية الأطفال، أنظمة وقواعد السلامة في المصانع والطرق..... إلخ.

2- الوقاية الثانوية:

وتتمثل في الإجراءات الرامية للاكتشاف المبكر لبوادر الإعاقة والعلاج الفوري لهذه الحالات. أيضًا تتضمن الوقاية الثانوية الحيلولة دون أن تؤدي هذه العاهات إذا حدثت إلى تقييد أو عجز وظيفي دائم لدى الشخص المعاق.

3- الوقاية من الدرجة الثالثة:

وتتمثل في تقديم خدمات التربية الخاصة والتأهيل للشخص المعاق لإعادته مرة أخرى كشخص متفاعل مع مجتمعه ومنتج وليس عالة على غيره.

(ب) درجات الوقاية من المشكلات الاجتماعية:

1- الوقاية الأولية:

وتتمثل على سبيل المثال في تقديم برامج تنمية المجتمع وإنشاء مراكز الترويح وبرامج التأمين الاجتماعي وأنشطة الجمعيات الاجتماعية التي تساعد في تنشئة وتعليم الناس المهارات، وبالتالي يمكن أن يتجنبوا المشكلات وتقوى فرصهم في الحياة بل وتزيدها أيضًا.

2- الوقاية الثانوية:

وتتمثل على سبيل المثال في الجهود التي تبذل لتقييد وجود المشكلات أو تقليل حدتها خاصة في مراحلها الأولى. وهذا يتطلب القيام بعمليات الاكتشاف المبكر لهذه المشكلات من خلال – على سبيل المثال – الدراسات والبحوث العلمية ومن خلال الزيارات الميدانية والأسرية.

بعد عمليات الاكتشاف المبكر يتم التدخل المبكر لمساعدة الناس على مواجهة هذه المشكلات في بداياتها، وهذا يؤدي إلى عزل المشكلة حتى لا يتأثر بها أناس آخرون ، ومنعها من أن تتحول من مشكلة بسيطة إلى مشكلة مركبة أو مقعدة، بل إن علاج المشكلة في أول الأمر، يؤدي إلى عدم توالد مشكلات أخرى عنها.

3- الوقاية من الدرجة الثالثة:

وتتمثل في الجهود العلاجية والتأهيلية لمساعدة العملاء الذين لديهم بالفعل خبرة المشكلة وذلك لمساعدتهم على مواجهة هذه المشكلات. أيضًا تتضمن الوقاية من الدرجة الثالثة الجهود المبذولة لتنمية مناطق القوة لدى هؤلاء العملاء حتى لا يقعوا مرة أخرى فريسة لهذه المشكلات أو أية مشكلات أخرى، والرسول عليه الصلاة والسلام يقول: "**لا يلدغ المؤمن من جحر مرتين**".

ويقول العرب في أمثالهم: "ليس لرجل لدغ من جحر مرتين عذر".

ويقول الإنجليز: "لا يوقع الثعلب في الشرك نفسه مرتين" A fox is not taken twice in the same snare[9].

(ج) درجات الوقاية في الصحة العامة:

يمكن تحقيق الصحة Health للفرد أو المجتمع بإجراءات صحية عديدة، جرى المفهوم الحديث على تسميتها إجراءات وقائية بمعنى أنها تعمل على الوقاية من المرض أو مضاعفاته الصحية أو مضاعفاته الاجتماعية. ويمكن تقسيم هذه الإجراءات أو الخدمات إلى ثلاث درجات وقائية اعتمادًا على الهدف الوقائي منها، فإذا الهدف من الإجراء الصحي هو الوقاية من الحالة المرضية سمي إجراءً وقائيًا أوليًا أو أساسيًا.

أما إذا كان الإجراء الصحي يهدف إلى الوقاية من مضاعفات المرض بعد ظهوره سمي إجراءً وقائيًا ثانويًا أو إجراءً وقائيًا من الدرجة الثانية، وإذا كان الإجراء الصحي يهدف إلى الوقاية من المضاعفات الاجتماعية لما خلفه المرض من عجز أو عاهة سمي إجراءً وقائيًا من الدرجة الثالثة. ويفصل فوزي على جاد الحق هذه الإجراءات الوقائية ويقسمها إلى خمسة مستويات تبعًا لترتيبها الوقائي على النحو التالي[10]:

1- إجراءات الوقاية العامة من أجل ترقية الصحة وتقويتها (Promotion):

وهي الإجراءات الوقائية غير المباشرة، وتهدف إلى المباعدة بين عوامل المسببات المباشرة للمرض وبين الإنسان العائل في بيئة صحية سليمة، وهي عمل إنشائي لصحة الفرد والجماعة، تقوي الصحة بصفة عامة وتزيد السليم سلامة دون توجيه الاهتمام لمرض معين بل لكل الأمراض دون تحديد.

ومن الإجراءات الصحية على هذا المستوى من الوقاية:

(أ) خدمات صحة البيئة مثل توفير مسكن صحي ذي تهوية وإضاءة صحية وكذا تصريف صحي للفضلات والقمامة وتوفير مياه صالحة للاستعمال الآدمي.... إلخ.

(ب) خدمات التغذية الصحية الهادفة إلى تقوية بناء الجسم وزيادة مناعته ومقاومته للأمراض.

(ت) خدمات التربية الصحية والجنسية.

(ث) خدمات رعاية الأمومة والطفولة وصحة الأسرة للأصحاء.

(ج) تحقيق الظروف الملائمة للتكيف النفسي السليم وتطور الشخصية السوية.

(ح) الإجراءات الكفيلة بتهيئة التكيف الاجتماعي والرعاية الأسرية والمشاركة في النشاط الاجتماعي.

(خ) الترويح عن النفس... إلخ.

وغيرها من إجراءات وخدمات تهدف إلى التكامل والسلامة البدنية والنفسية والاجتماعية دون توجيه الاهتمام بمرض معين.

2- إجراءات الوقاية الخاصة أو النوعية Specific Protection:

وهي الوقاية بمعناها الدارج أي الوقاية من مرض خاص محدد قبل أن يحدث، وذلك بالحيلولة بين المسبب النوعي والإنسان العائل كما هو الحال في الأمراض المعدية وأمراض سوء التغذية، وكلها ذات أسباب نوعية معروفة، فإذا اتخذت إجراءات محددة للوقاية من أي من هذه الأمراض النوعية قبل أن يحدث سميت هذه الإجراءات وقاية نوعية مثل: التطعيم ضد الجدري كإجراء

وقائي يمنع حدوث مرض الجدري، ومثل إعطاء حقنة من فيتامين (د) لطفل في سن 6 شهور بهدف وقايته من مرض الكساح، وقد توجه هذه الإجراءات الوقائية النوعية نحو المسببات النوعية مثل: غلي اللبن، أو تصريف الفضلات، أو دفن المواد المشعة، أو التعرض للأشعة فوق البنفسجية.

وقد توجه هذه الإجراءات الوقائية النوعية نحو الإنسان العائل مثل: التطعيم، أو تحسين العادات الغذائية، أو التوعية الصحية، أو الاهتمام بالصحة الشخصية، أو استخدام أدوية نوعية، أو استخدام ملابس واقية أو أقنعة خاصة في الصناعة، وكذلك قد توجه الإجراءات النوعية نحو البيئة مثل: ردم المستنقعات والبرك، أو تهيئة مساكن صحية، أو القضاء على العامل الوسيط مثل: مواقع البلهارسيا، أو تحسين المستوى التعليمي أو الاقتصادي....إلخ.

3- **الاكتشاف المبكر والعلاج الفوري للحالات المرضية** Early Case Finding and Prompt Treatment:

وهي الإجراءات التي تتخذ لاكتشاف الحالات المرضية في أدوارها المبكرة في وقت غالبًا ما تكون غير معروفة للمصابين بها أو لمن حولهم، وفي هذه الحالة غالبًا ما يكون العلاج شافيًا؛ مما يساعد على الوقاية من المضاعفات في المريض أو انتشار المرض للآخرين إذا كان معديًا. وهناك طرق كثيرة لاكتشاف الحالات المبكرة منها:

1- مناظرة المخالطين لمرضى بأمراض معدية مثل مخالطي حالة تيفود.

2- تحليل الدم للوازرمان لاكتشاف حالات الزهري بين الحوامل.

3- عمل أشعات إكس جموعية لعمال المصانع لاكتشاف حالات الدرن المبكرة فيما بينهم.

4- الكشف الدوري على حالات الأورام البسيطة المحتمل تحولها إلى حالات أورام سرطانية خبيثة.... وهكذا.

بمجرد اكتشاف الحالات المرضية بأي من هذه الإجراءات يلزم علاجها فورًا حتى يتحقق الهدف الوقائي منها.

4- علاج المرضى لاستعادة صحتهم Restoration:

ويشمل هذه الإجراءات في العيادات الخارجية والمستشفيات وذلك للحالات المرضية الظاهرة التي تقدمت بنفسها لهذه الوحدات العلاجية طالبة العلاج. ويهدف العلاج إلى الحد من المضاعفات أو العجز المرضي واستكمال الشفاء، وبهذا المفهوم تعتبر هذه الإجراءات إجراءات وقائية لوقاية المريض من المضاعفات ومن العجز، وكذلك وقاية المجتمع من انتشار المرض للآخرين إذا كان مرضًا معديًا.

5- التأهيل Rehabilitation:

ويشمل هذا الإجراءات التي تتخذ بعد علاج الحالة المرضية وثبوت الحالة التشريحية والوظيفية مثل فقد أحد الأطراف نتيجة حادث مرور أو فقد قوة الإبصار نتيجة إصابة العين بالرمد الصديدي. وتهدف هذه الإجراءات إلى الوقاية من المضاعفات الاجتماعية من تشرد أو تسول وذلك برعاية العاجز صحيًا وطبيًا ونفسيًا واجتماعيًا ومهنيًا حتى يمكن أن يعتمد على نفسه في تصريف شؤونه، وكذلك اكتساب رزقه مع استخدام الباقي من طاقاته واستعداداته أفضل استخدام ممكن.

وتتفاوت المجتمعات في مدى استخدام هذه المستويات الوقائية الخمسة بتفاوتها في المستوى الاجتماعي والاقتصادي، فنجد برامج الصحة العامة في

المجتمعات المتقدمة تعتمد أساسًا على إجراءات ترقية الصحة والوقاية النوعية وإلى حد ما على الاكتشاف المبكر والعلاج الفوري، بينما نجد برامج الصحة العامة في المجتمعات المتخلفة تعتمد أساسًا على الإجراءات العلاجية أكثر من اعتمادها على الوقاية العامة أو النوعية.

ثالثًا: أنواع الوقاية Kinds of Prevention

للوقاية أنواع عديدة منها:

التصنيف الأول:

يقسم الوقاية حسب اهتمامها بكل أو بعض جوانب حياة الإنسان إلى نوعين هما:

1- **الوقاية الشاملة Comprehensive**: وهي موجهة لكل جوانب حياة الإنسان أو لجميع مراحل النمو لديه. ويقول فيرسل Versele إنه ينبغي وضع برنامج للوقاية الشاملة يتضمن تعديلاً وتحسيناً لكل جوانب حياة الإنسان، وهذا يتطلب – على سبيل المثال – تحقيق:

(أ) السلام على المستوى الدولي والإقليمي والقومي والمحلي.

(ب) الديمقراطية الحقيقية في النظم والمؤسسات.

(ج) نظام اقتصادي عادل يضمن السلام الاجتماعي والعدالة الاجتماعية.

(د) نظام تأمينات اجتماعية سليم[11].

2- **الوقاية الجزئية Partial**: وهي موجهة لجانب أو أكثر من جوانب حياة الناس.

التصنيف الثاني:

يقسم الوقاية حسب كونها موجهة إلى المجتمع ككل أم لفئة معينة إلى نـوعين هما:

1- **الوقاية العامة Public / General**: وهي الموجهة للمجتمع ككـل. ويقـول جراماتيكا Grammatica إن الوقاية العامة ينبغي أن تتضمن تـدابير تمـس حماية الصحة البدنية والنفسية، وحماية الطفولـة والـشباب والأسـرة، وأن تتضمن تدابير تؤثر على التعليم بدرجاته المختلفة، وعلى التوجيه والإعـداد المهني، وكذلك على الظروف العاملة للحياة اليومية للناس(12).

2- **الوقاية الخاصة Specefic أو الانتقائية**: وهي موجهة لفئة معينة أو شريحة معينة في المجتمع مثل الأطفال أو الشباب، أو للأفراد والجماعات المعرضين للمخاطر أكثر من غيرهم، أو موجهة لمنطقة معينة في المجتمع.

ويعطي شو وتويل Shaw & Tuel مثالاً على هذين النوعين في مجال التربية والتعليم. فالوقاية العامة في المدرسة تهدف إلى تحسين المناخ التربـوي كخدمـة وقائية عامة لجميع التلاميذ، أما الوقاية الخاصة فهي ليست موجهة للجميع كما في الوقاية العامة، وإنما موجهة لرعاية تلاميذ مختارين مثل الذين يحتمـل تـأخرهم الدراسي أو جنوحهم كخدمة وقائية انتقائية للتعرف المبكر(13).

التصنيف الثالث:

يقسم الوقاية حسب الأهداف الرئيسية للبرنامج إلى نوعين هما:

1- **الوقاية المتقدمة Advanced**: وهي المتمثلة في أي برنامج وقـائي، كـل أهدافه وقائية، وتستخدم الإستراتيجيات الوقائية في تنفيذ هذا البرنامج.

2- **الوقاية البسيطة Simple**: وهي المتمثلة في أي برنامج له أهداف رئيسية أخرى لها الأولوية على الأهداف الوقائية، وتحتل الأخيرة المرتبة الثانية أو الثالثة في البرنامج.

التصنيف الرابع:

حدد أنواع الوقاية حسب نوع المشكلة المراد الوقاية منها، مثل:

1- **الوقاية الاجتماعية**؛ أي الوقاية من المشكلات الاجتماعية.

2- **الوقاية الاقتصادية**؛ أي الوقاية من المشكلات الاقتصادية.

3- **الوقاية النفسية**؛ أي الوقاية من المشكلات النفسية.

4- **الوقاية الجسمية**؛ أي الوقاية من المشكلات الجسمية.

5- **الوقاية السياسية**؛ أي الوقاية من المشكلات السياسية.

6- **الوقاية الثقافية**؛ أي الوقاية من المشكلات الثقافية.

التصنيف الخامس:

يقسم الوقاية حسب مجالاتها، نذكر منها على سبيل المثال[14]:

1- الوقاية من الانحراف والجريمة.

2- الوقاية من الإدمان.

3- الوقاية من الإعاقة.

4- الوقاية من الأمراض الجسمية.

5- الوقاية من المشكلات الأسرية.

(سيتم شرح هذه المجالات في الفصل السابع).

رابعًا: مستويات الوقاية Levels of Prevention

التصنيف الأول: حسب الوحدة الإنسانية:

1- الوقاية على مستوى الفرد Individual.

2- الوقاية على مستوى الجماعة Group.

3- الوقاية على مستوى المنظمة أو المؤسسة Organization.

4- الوقاية على مستوى المجتمع Society.

التصنيف الثاني: حسب مستويات المجتمع:

1- الوقاية على المستوى الدولي/ العالمي Global.

2- الوقاية على المستوى الإقليمي (مجموعة من الدول تربطها معًا رابطة معينة) Regional.

3- الوقاية على المستوى القومي (على مستوى الدولة) National.

4- الوقاية على المستوى الإقليمي (مجموعة من المحافظات أو الإمارات تربطها معًا رابطة معينة) Regional.

5- الوقاية على المستوى المحلي (أي على مستوى المحافظة أو الإمارة أو المدينة أو القرية أو الحي أو الشارع...) Local.

التصنيف الثالث:

يقسم مستويات الوقاية إلى أربعة مستويات، هي:

1- **على المستوى الصغير "الميكرو" Micro Level:** أي مستوى المستهدفين Targets الذين نعمل معهم والجماعات التي ينتمون إليها.

2- **على المستوى البيني "الميزو" Mezzo Level**: ويتمثل في العلاقات القائمة بين الأنساق التي ينتمي إليها المستهدفون في المستوى السابق، مثل: العلاقة بين الأسرة والمسجد والجيرة.

3- **على المستوى الخارجي "الإكزو" Exo Level**: ويتمثل في الإدارات والحكومة المحلية وأماكن العمل التي ينتمي إليها المستهدفين.

4- **على المستوى الكبير "الماكرو" Macro Level**: ويتمثل في الجهات المسؤولة عن اتخاذ القرارات الرئيسية في المجتمع، أيضًا يتضمن السياسة الاجتماعية وثقافة وأيديولوجية المجتمع.

خامسًا: حساب التكلفة والعائد Cost Benefit Analysis للوقاية مقارنة بالعلاج:

إن الوقاية كما ذكرنا سابقًا خير من العلاج، ولو عقدنا مقارنة بينهما لاستطعنا أن نتبين ذلك:

وجه المقارنة	الوقاية	العلاج
الوقت	تحتاج إلى وقت قصير نسبيًا	يحتاج إلى وقت طويل
التكاليف	أقل	أكثر
الجهد	أقل	أكبر
الألم/ القلق/ التوتر	أقل	أكثر
الأضرار	لا توجد	توجد
العائد	أكبر	أقل
صيانة قدرات وموارد الناس أو الحفاظ عليها	يتم ذلك بشكل كبير	يتم ذلك ولكن بعد حدوث المشكلة

شكل رقم (1): الوقاية في مقابل العلاج

وتوضيحًا لصدق هذه المقارنة، سيتم إعطاء بعض الأمثلة في هذا السياق:

المثال الأول:

إن تكاليف تنظيم عمليات الوقاية من الوقوع فريسة في مشكلة الإدمان والمخدرات، وتكاليف إعداد الكوادر والأجهزة البشرية المتخصصة لتنفيذها ومتابعتها، لا تعادل جميعها جزءًا يسيرًا من النزف المادي والمعنوي الذي تسببه هذه الآفة وهذا الوباء للمجتمعات التي ابتليت بهما. يسوقنا ذلك إلى ذكر إحصاء تدليلي أجري في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1969 حيث تبين الآتي:

أن كلفة معالجة المدمن الواحد داخل المصحة تعادل 30 دولارًا أمريكيًا في اليوم أي (30 دولارًا × 7 أيام × 52 أسبوعًا) يساوى 20×109 دولارًا في السنة، وإن اللجوء إلى الإجرام والسرقة خصوصًا؛ لتأمين هذه المبالغ، يؤدي إلى تخصيص القيمة الفعلية للمسروقات والموجودات بين 3 و 5 مرات بسبب اضطرار المدمن لترويجها بهذه الأسعار المخفضة تأمينًا لسرعة تسويقها والحصول على المال، بمعنى أن كل دولار فعلي يصرفه المدمن يعادل ثلاثة أو خمسة دولارات ذهبت هدرًا من رصيد المجتمع، وبالتالي تصبح الخسارة 10920×3 = 32760 دولارًا في السنة لكل فرد مدمن.

على هذا وإذا ما عدنا لتقدير نسبة المدمنين في الولايات المتحدة الأمريكية في ذلك العام بـ 3000/1 (مدمن لكل ثلاثة آلاف مواطن) جميعهم من الراشدين بسن يتراوح بين 21 و29 عامًا (من الجامعيين ومن مختلف طبقات المجتمع) لاستوقفنا بالتأكيد هول النتيجة المؤلمة التي تطالعنا، ولأدركنا يقينًا كم هو شاسع الفرق بين كلف الوقاية وثمن الإدمان[15].

المثال الثاني:

توجد في الوقت الحاضرة في كثير من دول العالم مراكز متطورة للاعتناء بالولادات التي تحصل قبل وقتها. وهذه المراكز باهظة التكاليف وتحتاج إلى كادر طبي وتمريضي متخصص وكبير العدد. ولقد لاقت هذه المراكز اهتمامًا واسعًا من قبل الأطباء والمسؤولين، ويطرح أحد مسؤولي هذه المراكز في فرنسا البروفسور Minokowski، بعد مرور أعوام عديدة على عمله في هذا المجال قضية أساسية هي كيف يمكن أن نتجنب حدوث هذه الولادات؛ إذ تبلغ نسبتها اليوم حوالي 8% في فرنسا، ويلاقي نصف هؤلاء حتفهم، أما الباقون الذين يعيشون فكثيرًا ما يكون ذوي مناعة منخفضة للأمراض أو متخلفين عقليًا، وهم سيمثلون عبئًا اقتصاديًا واجتماعيًا على محيطهم.

ويطرح البروفسور Minokowski أن الأسباب الأساسية لهذه الولادات المبكرة تعود إلى عوامل أساسية هي: التدخين، الكحول، سوء التغذية، الإرهاق في المنزل، الوقوف لوقت طويل في العمل، الوضع الاقتصادي المنخفض، عمر المرأة (أقل من 18 سنة أو أكثر من 40 سنة)، الولادة غير المرغوبة، تعدد الولادات وتقاربها، بعض الأمراض عند الأم (السكري، مرض القلب، مرض الكلى، التهاب المجاري البولية، الزهري، الضغط المرتفع، بعض الأمراض النسائية).

إن معرفة الأسباب المؤدية إلى الولادة المبكرة، ومعرفة أن معظم هذه الأسباب يمكن تجنبهم أو إيجاد حلول لها، إذا توفرت مراقبة شهرية للمرأة الحامل في مركز طبي جيد، وإذا توفرت الرغبة عند المسؤولين غير الأطباء أيضًا (الدولة مثلاً) في إعطاء المرأة بعض الحقوق والامتيازات البسيطة خاصة في العمل خلال فترة الحمل، وبالطبع فهذه المتابعة الصحية ستعطي نتائج أفضل من حيث تخفيض نسبة

الولادة المبكرة من ناحية. وهي أيضًا اقتصادية؛ حيث إن متابعة المرأة الحامل لا يكلف إلاّ قليلاً مقابل تكاليف العناية الفائقة التي تلزم الطفل المولود مبكرًا، وكل الصعوبات التي سيتحملها المجتمع لاحقًا، إن ذلك يعني أن التقدم الطبي التكنولوجي لابد منه.

ولكن بقدر الإمكان يُفترض العمل أيضًا من أجل عدم وصول المريض إلى هذه الحالة السيئة التي تستلزم العناية الفائقة، خاصة إذا كان بإمكان المجتمع تجنبها. وهذا يعني أن تقدم العلم يجب أن يكون في خدمة الإنسان دومًا وليس تطبيق العلم من أجل العلم[16].

المثال الثالث:

في مخيمات الفلسطينيين في لبنان، وجدت عدة حالات يومية من التهاب اللوز، وهذا المرض بسيط وسهل المعالجة ولكن من المفروض أخذ العلاج لمدة 10 أيام من أجل تجنب المضاعفات وهي التهاب الكلية الحاد، الالتهاب الرئوي الحاد، مع إصابة أنسجة القلب الحاد. وحاليًا هناك حالات عديدة من أمراض القلب المزمنة ناتجة عن التهابات اللوز.

إن تكلفة معالجة إصابة القلب باهظة جدًا، بينما معالجة التهاب اللوز سهلة وبسيطة. من هنا فمن المفترض صب جهد هام نحو تحسين ظروف البيئة التي تساعد على قلة الحالات من ناحية، ومن ناحية أخرى تثقيف العامة حول الموضوع وإحساس الطبيب بأهمية المعالجة الجيدة لهذه الحالات. إن ذلك ليس ذا تكلفة عالية وسوف يعطي أطفالاً ذوي صحة جيدة بدون أمراض قلبية مزمنة[17].

المثال الرابع:

بحساب تكلفة برنامج توعية للناس بمرض الفشل الكلوي وكيفية تجنب الإصابة به وجد أنها تساوي تقريبًا 100 ألف ريال، بينما تكلفة علاج مريض واحد لديه فشل كلوي تساوي حوالي 125 ألف ريال سعودي سنويًا. وفي الوقت الحاضر (1996) يوجد بمستشفيات المملكة العربية السعودية ما يقرب من 4 آلاف مريض بتكلفة إجمالية قدرها حوالي 500 مليون ريال سنويًا(18).

أمثلة أخرى:

1- تكاليف برنامج لتوعية الأسر لوقاية أبنائها من الإعاقة أقل بكثير من تكاليف علاج وتأهيل طفل معاق واحد فقط.

2- تكاليف برنامج تدريب الشباب على القيادة الآمنة للمركبات (السيارات على سبيل المثال) أقل بكثير من تكاليف علاج المصابين الذين نجوا من حوادث السيارات.

3- تكاليف برنامج إرشادي وقائي للشباب المقبلين على الزواج أقل بكثير من تكاليف مساعدتهم بعد الزواج على حل مشكلاتهم (مثل: الخلافات الزواجية والانفصال والطلاق...).

4- تكلفة الوقاية من التهاب الكبد الوبائي عن طريق التطعيم تبلغ حوالي 35 جنيهًا مصريًا، بينما تبلغ تكلفة علاج الحالة الواحدة حوالي 140 ألف جنيه مصري(19).

5- تكاليف ثلاث جرعات من الطُعم المضاد لمرض شلل الأطفال أقل بكثير من تكاليف علاج وتأهيل طفل واحد فقط أصيب بشلل الأطفال لعدم حصوله على الطعم.

6- في تقرير قدمه للكونجرس الأمريكي، أشار مكتب الميزانية إلى أن متوسط التكلفة السنوية للتدخل المبكر يبلغ حوالي ثلاثة آلف دولار أمريكي للطفل الواحد. وأن الجدوى الاقتصادية لبرامج التدخل المبكر أفضل بكثير من التدخل المتأخر[20].

7- أشار دان ليفيث أحد الخبراء الدوليين في مجال الصحة والسلامة المهنية إلى أن نجاح أي شركة يتوقف على ما إذا كانت تتعامل مع مفهوم "الصحة والسلامة المهنية" كجزء أساسي في إستراتيجية عملها جنبًا إلى جنب مع الإنتاج والتسويق والمبيعات والجودة.

وذكر أن تكلفة الحوادث التي تحدث أثناء العمل – حسب دراسة لإحدى الشركات – تمثل 37% من الأرباح السنوية و5% من التكاليف الجارية، وأن 20% من وقت العمل الضائع بسبب الإصابة يرجع إلى غياب عوامل الصحة والسلامة المهنية عن بيئة العمل. وهذا يؤكد على ضرورة أن تكون لدى الشركة سياسة واضحة في مجال الصحة والسلامة المهنية على أن تتضمن تحديدًا واضحًا لمسؤوليات القائمين على تنفيذ تلك السياسة، وضرورة أن يكون العاملون على علم بالمخاطر المرتبطة بأداء العمل، وأن تكون هناك مراجعة دورية لتحديد طبيعة تلك المخاطر، وأن توافر بيئة عمل تراعي متطلبات الصحة والسلامة المهنية يساهم في خفض التكاليف الناتجة عن الإصابات سواء في الأفراد أو المعدات والآلات وغيرها[21].

إن توفير بيئة عمل آمنة وصحية ضرورة حيوية لأي شركة في سبيل تحقيق أهدافها بقل تكلفة ممكنة؛ إذ إن حوادث وإصابات العمل تؤدي إلى فقد بعض العناصر المنتجة، وإلى ضياع كبير من وقت العمل، فضلاً عن

أنها تؤثر في إنتاجية العاملين الذين ستتأثر معنوياتهـا برؤيـة زملائهـم يصابون أثناء العمل.

أخيرًا أشار ولتر بيلي المدير العام لشركة دبي للكلابلات أن اشـتراطات الأمان في المصانع لا تعد تكلفة إضافية، بل إنها تحقق خفضًا في التكـاليف، كما تجعل الشركة أكثر قدرة على المنافسة[22].

8- تعد إجراءات الوقاية من الجريمة أقل تكلفة من الناحيـة الاقتـصادية مـن إجراءات الكشف عن الجريمة عقب وقوعها؛ فالمجتمع يتحمل أعباء ماليـة واقتصادية في سبيل القيام بإجراءات البحث والتحري والقبض على المتهمين والجناة، والتحقيق معهم وتقديمهم للمحاكمة، وإصلاح ما أفسدته الجريمة من أضرار اقتصادية[23].

مراجع الفصل الثاني

(1) إبراهيم مدكور: **المعجم الوجيز** (القاهرة: مجمع اللغة العربية، 1980) ص679.

المعجم الوسيط (بيروت: دار الحضارة العربية، 1975) ص ص 1310–1311.

(2) Oxford: **English Arabic Reader's Dictionary** (Oxford: 1990) p. 533.A **Webester's New World Dictionary** (N.Y,. Warner Books, Inc. 1979) p. 473.

(3) انظر: حكومة الشارقة: **ندوة حقوق المعوقين** (الشارقة: دائرة الثقافة والإعلام ومدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، 1994) ص 168.

(4) مصطفى سويف: **الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات، خفض الطلب** (القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، 1990) ص12.

(5) H.P. Bowker: **Education for Primary Prevention in Social Work** (N. Y.: Council on Social Work Education 1993) Introduction.

Robert Barker: **The Social Work Dictionary** (N.A.: N.A.S.W., 1994) PP. 124-125.

(6) سعد مسفر القعيب: **الخدمة الاجتماعية والمدرسة – منهج وتطبيق** (الرياض: دار المريخ، 1986) ص31.

(7) P.L. Brantingham & F.L. Fausi: **A conceptual Model of Prevention** (N.Y.: 1976) pp. 284-296.

Robert Barker: **Op.cit.**, p. 125, p. 146, p. 164

Martin Bloom: "Prevention", **Encyclopedia Sof Social Work,** Silver Spring Maryland: N. A.S. W., Vol. 2, 18th ed., 1987, PP. 303-310.

(8) مدحت محمد أبو النصر: "دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة"، **ورشة العمل التدريبية حول الرعاية الأسرية للطفل المعاق**، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، الشارقة: 11–15 نوفمبر 1995، ص6.

يوسف القريوتي: **الإعاقة بين الوقاية والتأهيل** (العين: كلية التربية، جامعة الإمارات، 1990) ص ص 4-5.

(9) منير البعلبكي: **قاموس المورد إنجليزي/ عربي**، (بيروت: دار العلم للملايين، 1996). ص7.

(10) فوزي على جاد الحق: **الصحة العامة والرعاية الصحية** (القاهرة: دار المعارف، ط5، 1985) ص ص 11-14.

(11) Versele في مقالة بعنوان "المشكلات النفسية والسياسية الجنائية" نقلاً عن: السيد يس: "السياسة الجنائية والسياسة الاجتماعية في حركة الدفاع الاجتماعي"، **المجلة الجنائية القومية**، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد 13، العدد 2، القاهرة: يوليو 1970، ص205.

(12) **المرجع السابق**: نفس الصفحة.

(13) M.C. Shaw & J.K. Tuel: "A Focus For Public School Guidance Programs: A Model and a Proposal", **Personnel & Guidance Journal,** Vol. 44, 1966, PP. 824-830.

(14) **انظر**: مدحت محمد أبو النصر وسعد عبد الله الكبيسي: "وقاية الشباب من المشكلات"، **ندوة واقع الشباب في الإمارات**، جمعية الاجتماعيين، الشارقة: 18 أيلول 1996، ص ص 28-37.

(15) فضل ضاهر: **الدفاع الاجتماعي ومكافحة الجريمة** (بيروت: مؤسسة بحسون للنشر والتوزيع، 1994) ص ص 65-66.

(16) فتحية السعودي: **أحوال الفلسطينيين الصحية والاجتماعية في لبنان: دراسة ميدانية** (بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر، 1979) ص ص 181-182.

(17) **المرجع** السابق: ص ص 182-183.

(18) **المصدر**: إحصاءات المركز السعودي لزراعة الأعضاء، **جريدة الخليج**، الشارقة، العدد 6150، 19 مارس 1996، ص36.

(19) **المصدر**: عبد العزيز كمال: "أطباء يواجهون أخطار المهنة بلا حماية"، **جريدة الأهرام**، في 23 يوليو 1994، ص7.

(20) C. Escobar, et. Al.: "Cost Analysis in Early in Intervention", **Journal of Early Intervention**, Vol. 8, No. 1, 1994, PP. 48-63.

(21) مجموعة دبي للجودة: **محاضرة عن الصحة والسلامة المهنية**، مجموعة دبي للجودة، دبي: 18 مارس 1996.

(22) **المرجع السابق**.

(23) **انظر**: محمد حافظ الرهوان: "دور قوة الشرطة والأمن العام بدولة الإمارات العربية المتحدة في تحقيق الأمن الاقتصادي للدولة"، **مجلة الفكر الشرطي**، الإدارة العامة لشرطة الشارقة، المجلد الرابع، العدد 3، الشارقة: 1995، ص ص 73-91.

الفصل الثالث: الوقاية في الإسلام

أولاً: تعريف الوقاية في الإسلام.

ثانيًا: أنواع الوقاية في الإسلام.

ثالثًا: الضروريات الشرعية الكلية (مبدأ الحفظ على الكليات الخمس).

1- حفظ الدين.

2- حفظ النفس.

3- حفظ العقل.

4- حفظ النسل والعرض.

5- حفظ المال.

مراجع الفصل الثالث.

الفصل الثالث

الوقاية في الإسلام

أولاً: تعريف الوقاية في الإسلام:

ذكرت كلمة الوقاية صراحة في القرآن الكريم اثنتي عشرة مرة، نذكر من هذه الآيات ما يلي[1]:

- ﴿ فَمَنَّ ٱللَّهُ عَلَيْنَا وَوَقَىٰنَا عَذَابَ ٱلسَّمُومِ ﴿٢٧﴾ ﴾ [سورة الطور، آية 27].
- ﴿ فَوَقَىٰهُ ٱللَّهُ سَيِّـَٔاتِ مَا مَكَرُوا۟ ۖ وَحَاقَ بِـَٔالِ فِرْعَوْنَ سُوٓءُ ٱلْعَذَابِ ﴿٤٥﴾ ﴾ [سورة غافر، آية 45].
- ﴿ لَا يَذُوقُونَ فِيهَا ٱلْمَوْتَ إِلَّا ٱلْمَوْتَةَ ٱلْأُولَىٰ ۖ وَوَقَىٰهُمْ عَذَابَ ٱلْجَحِيمِ ﴿٥٦﴾ ﴾ [سورة الدخان، آية 56].
- ﴿ وَقِهِمُ ٱلسَّيِّـَٔاتِ ۚ وَمَن تَقِ ٱلسَّيِّـَٔاتِ يَوْمَئِذٍ فَقَدْ رَحِمْتَهُۥ ۚ وَذَٰلِكَ هُوَ ٱلْفَوْزُ ٱلْعَظِيمُ ﴿٩﴾ ﴾ [سورة غافر، آية 9].

ومعنى الوقاية في هذه الآيات هو نفس المعنى اللغوي السابق ذكره في تعريف الوقاية في الفصل الثاني، إلا أن القرآن الكريم أضاف إلى ما سبق من معاني الوقاية، أن الوقاية تعني التقوى. ولقد ذكرت كلمة التقوى في القرآن الكريم أربعين ومائتي مرة[2]، نذكر منها هذه الآيات:

- ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ ٱتَّقُواْ ٱللَّهَ وَكُونُواْ مَعَ ٱلصَّٰدِقِينَ ﴿١١٩﴾ ﴾ [سورة التوبة، آية 119].
- ﴿ وَمَا ٱلْحَيَوٰةُ ٱلدُّنْيَآ إِلَّا لَعِبٌ وَلَهْوٌ ۖ وَلَلدَّارُ ٱلْءَاخِرَةُ خَيْرٌ لِّلَّذِينَ يَتَّقُونَ ۗ أَفَلَا تَعْقِلُونَ ﴿٣٢﴾ ﴾ [سورة الأنعام، آية 32].
- ﴿ وَمُصَدِّقًا لِّمَا بَيْنَ يَدَىَّ مِنَ ٱلتَّوْرَىٰةِ وَلِأُحِلَّ لَكُم بَعْضَ ٱلَّذِى حُرِّمَ عَلَيْكُمْ ۚ وَجِئْتُكُم بِـَٔايَةٍ مِّن رَّبِّكُمْ فَٱتَّقُواْ ٱللَّهَ وَأَطِيعُونِ ﴿٥٠﴾ ﴾ [سورة آل عمران، آية 50].
- ﴿ وَلَقَدْ نَصَرَكُمُ ٱللَّهُ بِبَدْرٍ وَأَنتُمْ أَذِلَّةٌ ۖ فَٱتَّقُواْ ٱللَّهَ لَعَلَّكُمْ تَشْكُرُونَ ﴿١٢٣﴾ ﴾ [سورة آل عمران، آية 123].
- ﴿ وَتَعَاوَنُواْ عَلَى ٱلْبِرِّ وَٱلتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُواْ عَلَى ٱلْإِثْمِ وَٱلْعُدْوَٰنِ ۚ وَٱتَّقُواْ ٱللَّهَ ۖ إِنَّ ٱللَّهَ شَدِيدُ ٱلْعِقَابِ ﴾ [سورة المائدة، آية 2].

وتقوى الله تعني خشيته وامتثال أوامره واجتناب نواهيه. بمعنى أن التقوى تقي (من الوقاية) الإنسان من أي شيء ضار وتجنبه الوقوع في المعاصي والمنكرات والمشكلات. وقد عرف الإمام علي بن أبي طالب – كرم الله وجهه – التقوى بأنها: الخوف من الجليل، والعمل بالتنزيل، والرضا بالقليل، والاستعداد ليوم الرحيل.

أيضًا أضاف الرسول ﷺ إلى ما سبق ذكره من معاني الوقاية، أن الوقاية وجاء. فيقول في حديثه إلى الشباب: يا معشر الشباب من استطاع منكم الباءة فليتزوج فإنه أغض للبصر وأحصن للفرج، ومن لم يستطع فعليه بالصوم فإنه له وجاء". ووجاء بمعنى وقاية[3].

ويلاحظ من يدرس الشريعة الإسلامية أنها قدمت الوقاية على العلاج، وأعطت اهتمامًا أكبر للوقاية من المشكلات بدلاً من انتظار وقوعها ثم التحرك لعلاجها. ولقد

وضع الإسلام منهجًا دقيقًا للوقاية من الأمراض والمشكلات بمختلف أنواعها. والقرآن الكريم يوضح لنا ذلك منذ ألف وخمسمائة سنة تقريبًا في قوله تعالى:

- ﴿ يَـٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ لَا تَتَّبِعُواْ خُطُوَٰتِ ٱلشَّيۡطَٰنِۚ وَمَن يَتَّبِعۡ خُطُوَٰتِ ٱلشَّيۡطَٰنِ فَإِنَّهُۥ يَأۡمُرُ بِٱلۡفَحۡشَآءِ وَٱلۡمُنكَرِۚ ﴾ [سورة النور، آية 21].

- ﴿ وَأَنفِقُواْ فِي سَبِيلِ ٱللَّهِ وَلَا تُلۡقُواْ بِأَيۡدِيكُمۡ إِلَى ٱلتَّهۡلُكَةِ وَأَحۡسِنُوٓاْۚ إِنَّ ٱللَّهَ يُحِبُّ ٱلۡمُحۡسِنِينَ ١٩٥ ﴾ [سورة البقرة، آية 195].

- ﴿ يَـٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ خُذُواْ حِذۡرَكُمۡ ﴾ [سورة النساء، آية 71].

ورغم أن الخدمة الاجتماعية الوقائية تعتبر توجهًا جديدًا في الدراسات الحديثة، إلاَّ أن المتتبع لتعليم الإسلام يدرك في وضوح تفصيل الإسلام لمفهوم الوقاية وأنواعها وقواعدها وأدواتها. فعلى سبيل المثال، نعرض في هذا الجزء لبعض جوانب اهتمام الإسلام بالوقاية وهي(4):

1- أنواع الوقاية.

2- الضروريات الشرعية الكلية.

ثانيًا: أنواع الوقاية في الإسلام:

عرض الإسلام لأنواع عديدة من الوقاية نذكر منها:

1- **الوقاية الاجتماعية:**

- **غض البصر:** قال الله تعالى: ﴿ قُل لِّلۡمُؤۡمِنِينَ يَغُضُّواْ مِنۡ أَبۡصَٰرِهِمۡ ﴾ [سورة النور، آية 30].

- **النهي عن المن والأذى:** ﴿ لَا تُبْطِلُوا صَدَقَاتِكُم بِالْمَنِّ وَالْأَذَىٰ كَالَّذِي يُنفِقُ مَالَهُ رِئَاءَ النَّاسِ ﴾ [سورة البقرة، آية 264].
- **الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر:** ﴿ وَالْمُؤْمِنُونَ وَالْمُؤْمِنَاتُ بَعْضُهُمْ أَوْلِيَاءُ بَعْضٍ ۚ يَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنكَرِ وَيُقِيمُونَ الصَّلَاةَ وَيُؤْتُونَ الزَّكَاةَ وَيُطِيعُونَ اللَّهَ وَرَسُولَهُ ۚ أُولَٰئِكَ سَيَرْحَمُهُمُ اللَّهُ ۗ إِنَّ اللَّهَ عَزِيزٌ حَكِيمٌ ﴿٧١﴾ ﴾ [سورة التوبة، آية 71].
- **العفو والبعد عن الجاهلين:** ﴿ خُذِ الْعَفْوَ وَأْمُرْ بِالْعُرْفِ وَأَعْرِضْ عَنِ الْجَاهِلِينَ ﴿١٩٩﴾ ﴾ [سورة الأعراف، آية 199].
- **عدم الكذب:** ﴿ إِنَّمَا يَفْتَرِي الْكَذِبَ الَّذِينَ لَا يُؤْمِنُونَ بِآيَاتِ اللَّهِ ۖ وَأُولَٰئِكَ هُمُ الْكَاذِبُونَ ﴿١٠٥﴾ ﴾ [سورة النحل، آية 105].
- **عدم الحقد والحسد:** قال رسول الله ﷺ: "انظروا إلى ما هو أسفل منكم ولا تنظروا إلى ما هو فوقكم فهو أجدر ألا تزدروا نعمة الله عليكم".
- **التعاون:** ﴿ وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ ۚ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۖ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ ﴾ [سورة المائدة، آية 2].
- **المسؤولية:** ﴿ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَٰئِكَ كَانَ عَنْهُ مَسْئُولًا ﴾ [سورة الإسراء، آية 36].
- **العدل:** ﴿ وَإِذَا حَكَمْتُم بَيْنَ النَّاسِ أَن تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ ۚ ﴾ [سورة النساء، آية 58].

- **الزواج:** قال رسول الله ﷺ: "من أحب فطرتي فليستن بسنتي، ومن سنتي النكاح".
- **السلوك السليم:** "إن الله يرضى لكم ثلاثًا ويكره لكم ثلاثًا: فيرضى لكم أن تعبدوه ولا تشركوا به شيئًا وأن تعتصموا بحبل الله جميعًا ولا تفرقوا، ويكره لكم القيل والقال وكثرة السؤال وإضاعة المال".

2- **الوقاية الاقتصادية:**

- **الصدقات:** قال الله تعالى: ﴿ إِنَّمَا ٱلصَّدَقَٰتُ لِلْفُقَرَآءِ وَٱلْمَسَٰكِينِ وَٱلْعَٰمِلِينَ عَلَيْهَا وَٱلْمُؤَلَّفَةِ قُلُوبُهُمْ وَفِى ٱلرِّقَابِ وَٱلْغَٰرِمِينَ وَفِى سَبِيلِ ٱللَّهِ وَٱبْنِ ٱلسَّبِيلِ ۖ فَرِيضَةً مِّنَ ٱللَّهِ ۗ وَٱللَّهُ عَلِيمٌ حَكِيمٌ ﴿٦٠﴾ ﴾ [سورة التوبة، آية 60].
- **الزكاة:** ﴿ وَجَعَلَنِى مُبَارَكًا أَيْنَ مَا كُنتُ وَأَوْصَٰنِى بِٱلصَّلَوٰةِ وَٱلزَّكَوٰةِ مَا دُمْتُ حَيًّا ﴿٣١﴾ ﴾ [سورة مريم، آية 31].
- **تحريم كنز الذهب والفضة والمال:** ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓا۟ إِنَّ كَثِيرًا مِّنَ ٱلْأَحْبَارِ وَٱلرُّهْبَانِ لَيَأْكُلُونَ أَمْوَٰلَ ٱلنَّاسِ بِٱلْبَٰطِلِ وَيَصُدُّونَ عَن سَبِيلِ ٱللَّهِ ۗ وَٱلَّذِينَ يَكْنِزُونَ ٱلذَّهَبَ وَٱلْفِضَّةَ وَلَا يُنفِقُونَهَا فِى سَبِيلِ ٱللَّهِ فَبَشِّرْهُم بِعَذَابٍ أَلِيمٍ ﴿٣٤﴾ يَوْمَ يُحْمَىٰ عَلَيْهَا فِى نَارِ جَهَنَّمَ فَتُكْوَىٰ بِهَا جِبَاهُهُمْ وَجُنُوبُهُمْ وَظُهُورُهُمْ ۖ هَٰذَا مَا كَنَزْتُمْ لِأَنفُسِكُمْ فَذُوقُوا۟ مَا كُنتُمْ تَكْنِزُونَ ﴿٣٥﴾ ﴾ [سورة التوبة، آيتان 34 – 35].
- **الاعتدال في الإنفاق:** ﴿ وَلَا تَجْعَلْ يَدَكَ مَغْلُولَةً إِلَىٰ عُنُقِكَ وَلَا تَبْسُطْهَا كُلَّ ٱلْبَسْطِ فَتَقْعُدَ مَلُومًا مَّحْسُورًا ﴿٢٩﴾ ﴾ [سورة الإسراء، آية 29].

- **المحافظة على المال:** قال رسول الله ﷺ: "......... إن الله يكره لكم إضاعة المال"(5).

3- **الوقاية الجسمية:**

- **الصلاة والوضوء:** قال الله تعالى: ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ إِذَا قُمۡتُمۡ إِلَى ٱلصَّلَوٰةِ فَٱغۡسِلُواْ وُجُوهَكُمۡ وَأَيۡدِيَكُمۡ إِلَى ٱلۡمَرَافِقِ وَٱمۡسَحُواْ بِرُءُوسِكُمۡ وَأَرۡجُلَكُمۡ إِلَى ٱلۡكَعۡبَيۡنِۚ ﴾ [سورة المائدة، آية 6].
- **الثياب:** ﴿ وَثِيَابَكَ فَطَهِّرۡ ﴿٤﴾ ﴾ [سورة المدثر، آية 4].
- **الرضاعة الطبيعية:** ﴿ وَٱلۡوَٰلِدَٰتُ يُرۡضِعۡنَ أَوۡلَٰدَهُنَّ حَوۡلَيۡنِ كَامِلَيۡنِۖ لِمَنۡ أَرَادَ أَن يُتِمَّ ٱلرَّضَاعَةَۚ ﴾ [سورة البقرة، آية 233].
- **عدم الإسراف:** ﴿ وَكُلُواْ وَٱشۡرَبُواْ وَلَا تُسۡرِفُوٓاْۚ إِنَّهُۥ لَا يُحِبُّ ٱلۡمُسۡرِفِينَ ﴾ [سورة الأعراف، آية 31].
- **الأكل الطيب:** ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ كُلُواْ مِن طَيِّبَٰتِ مَا رَزَقۡنَٰكُمۡ وَٱشۡكُرُواْ لِلَّهِ إِن كُنتُمۡ إِيَّاهُ تَعۡبُدُونَ ﴿١٧٢﴾ إِنَّمَا حَرَّمَ عَلَيۡكُمُ ٱلۡمَيۡتَةَ وَٱلدَّمَ وَلَحۡمَ ٱلۡخِنزِيرِ وَمَآ أُهِلَّ بِهِۦ لِغَيۡرِ ٱللَّهِۖ فَمَنِ ٱضۡطُرَّ غَيۡرَ بَاغٖ وَلَا عَادٖ فَلَآ إِثۡمَ عَلَيۡهِۚ إِنَّ ٱللَّهَ غَفُورٞ رَّحِيمٌ ﴿١٧٣﴾ ﴾ [سورة البقرة، آيتان 172، 173].
- **البعد عن الفواحش (الوقاية من الأمراض الجنسية):** قال الله تعالى: ﴿ وَلَا تَقۡرَبُواْ ٱلۡفَوَٰحِشَ مَا ظَهَرَ مِنۡهَا وَمَا بَطَنَۖ ﴾ [سورة الأنعام، آية 151]. فحرم بذلك العلاقات الجنسية غير المشروعة، العلنية

أو السرية، الظاهرة أو المستترة، في النية والضمائر؛ لأن العفة صفة خلقية راقية، فيها وقاية من أمراض الزهري والسيلان والإيدز والفساد الاجتماعي، كما تقي من تحطيم الأسر(6).

- **التدريب والاستعداد:** ﴿ وَأَعِدُّوا لَهُم مَّا ٱسۡتَطَعۡتُم مِّن قُوَّةٖ وَمِن رِّبَاطِ ٱلۡخَيۡلِ تُرۡهِبُونَ بِهِۦ عَدُوَّ ٱللَّهِ وَعَدُوَّكُمۡ ﴾ [سورة الأنفال، آية 60].

- **النظافة:** قال رسول الله ﷺ: "إن الله طيب يحب الطيب، نظيف يحب النظافة، كريم يحب الكريم، جواد يحب الجواد، فنظفوا أفنيتكم، ولا تشبهوا باليهود".

- **الاعتدال في الأكل والشرب:** قال رسول الله ﷺ: "ما ملأ ابن آدم وعاء شرًا من بطنه. حسب ابن آدم لقيمات يقمن صلبه فإن كان ولابد فثلث لطعامه وثلث لشرابه وثلث لنفسه".

- **القوة:** قال رسول الله ﷺ: "المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف". "إن لبدنك عليك حقًا".

- **الوضوء والنظافة:** قال رسول الله ﷺ: "لو أن نهرًا غمرًا بباب أحدكم يغتسل فيه كل يوم خمس مرات أكان يبقي من درنه شيئًا؟ قالوا: لا يا رسول الله... فقال ﷺ: كذلك الصلوات الخمس يكفر الله بهن الخطايا".

- **السواك ونظافة الفم:** قال رسول الله ﷺ: "تسوكوا فإن السواك مطهرة للفم ومرضاة للرب".

- **حماية البيئة:** قال رسول الله ﷺ: "اتقوا الملاعن الثلاث: البراز في الموارد وقارعة الطريق والظل". وفى مناسبة أخرى قال عليه الصلاة والسلام أيضًا: "لا تبولوا في الماء".
- **الحد من انتشار الأمراض:** قال رسول الله ﷺ: "إذا سمعتم بالطاعون بأرض فلا تدخلوها، وإذا وقع بأرض وأنتم بها فلا تخرجوا منها".
- **تعلم المهارات:** يقول أمير المؤمنين عمر بن الخطاب رضي الله عنه: "علموا أولادكم السباحة والرماية وركوب الخيل، ومروهم أن يثبوا على الخيل وثبًا".

4- **الوقاية النفسية:**

- قال الله تعالى: ﴿ وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِى عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ ٱلدَّاعِ إِذَا دَعَانِ ﴾ [سورة البقرة، آية 186].
- وكان من عادة النبي ﷺ أن يعلم أصحابه أدعية وأذكارًا بهدف جلب الطمأنينة النفسية والوقاية من القلق والخوف وسائر الاضطرابات النفسية، فهو بذلك يحرك في نفوسهم الإيمان والالتجاء إلى الله تعالى والرجاء منه والاعتماد عليه في نجاح الأسباب والوسائل فتكتسب نفوسهم الطمأنينة والسكينة(7).
- **قراءة القرآن:** قراءة القرآن الكريم وسماعه يملأ القلوب هيبة والنفوس خشية، ولا عجب من ذلك فقد وصف الله تعالى القرآن الكريم بأوصاف كثيرة منها أنه روح ونور وشفاء ورحمة وموعظة، قال الله تعالى: ﴿ وَنُنَزِّلُ مِنَ ٱلْقُرْءَانِ مَا هُوَ شِفَآءٌ وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ ﴾ [سورة الإسراء، آية 82].

- **الأمل والتفاؤل:** قال الله تعالى: ﴿ سَيَجْعَلُ ٱللَّهُ بَعْدَ عُسْرٍ يُسْرًا ﴾ [سورة الطلاق، آية 7].
- **السكينة والمودة والرحمة:** ﴿ وَمِنْ ءَايَـٰتِهِۦٓ أَنْ خَلَقَ لَكُم مِّنْ أَنفُسِكُمْ أَزْوَٰجًا لِّتَسْكُنُوٓا۟ إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُم مَّوَدَّةً وَرَحْمَةً ۚ إِنَّ فِى ذَٰلِكَ لَـَٔايَـٰتٍ لِّقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ ﴿٢١﴾ ﴾ [سورة الروم، آية 21].
- **الصيام وقاية:** ﴿ كُتِبَ عَلَيْكُمُ ٱلصِّيَامُ كَمَا كُتِبَ عَلَى ٱلَّذِينَ مِن قَبْلِكُمْ لَعَلَّكُمْ تَتَّقُونَ ﴾ [سورة البقرة، آية 183].
- **القضاء والقدر والتوكل:** ﴿ قُل لَّن يُصِيبَنَآ إِلَّا مَا كَتَبَ ٱللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَىٰنَا ۚ وَعَلَى ٱللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ ٱلْمُؤْمِنُونَ ﴿٥١﴾ ﴾ [سورة التوبة، آية 51].
- **اجتناب الظن:** ﴿ يَـٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوا۟ ٱجْتَنِبُوا۟ كَثِيرًا مِّنَ ٱلظَّنِّ إِنَّ بَعْضَ ٱلظَّنِّ إِثْمٌ ۖ وَلَا تَجَسَّسُوا۟ وَلَا يَغْتَب بَّعْضُكُم بَعْضًا ۚ أَيُحِبُّ أَحَدُكُمْ أَن يَأْكُلَ لَحْمَ أَخِيهِ مَيْتًا فَكَرِهْتُمُوهُ ۚ وَٱتَّقُوا۟ ٱللَّهَ ۚ إِنَّ ٱللَّهَ تَوَّابٌ رَّحِيمٌ ﴿١٢﴾ ﴾ [سورة الحجرات، آية 12].
- **الصدق والأمانة والعفة:** قال رسول الله ﷺ: "ثلاث من كن فيه فلا عليه ما فاته من الدنيا: صدق حديث وحفظ أمانة وعفة في طعمه".
- **الأمان والرضا بالقليل:** "من أصبح آمناً في سربه معافاً في بدنه عنده قوت يومه فكأنما حيزت له الدنيا بحذافيرها".
- **المرأة ذات الدين:** "تنكح المرأة لأربع: لمالها ولحسبها ولجمالها ولدينها، فاظفر بذات الدين تربت يداك".

- **الصبر:** "ما رزق الله عبدًا خيرًا له ولا أوسع من الصبر".
- **العمل وقاية من الأمراض النفسية:** "ما على أحدكم إذا ألح به الهم إلاَّ أن يتقلد قوسه" أي يعمل عملاً.
- **راحة القلب:** يقول علي بن أبي طالب كرم الله وجهه: "أريحوا قلوبكم من الجد، فإن القلوب إذا ملت عميت، وإذا عميت لم تفقه شيئًا".

5- **الوقاية العقلية:**

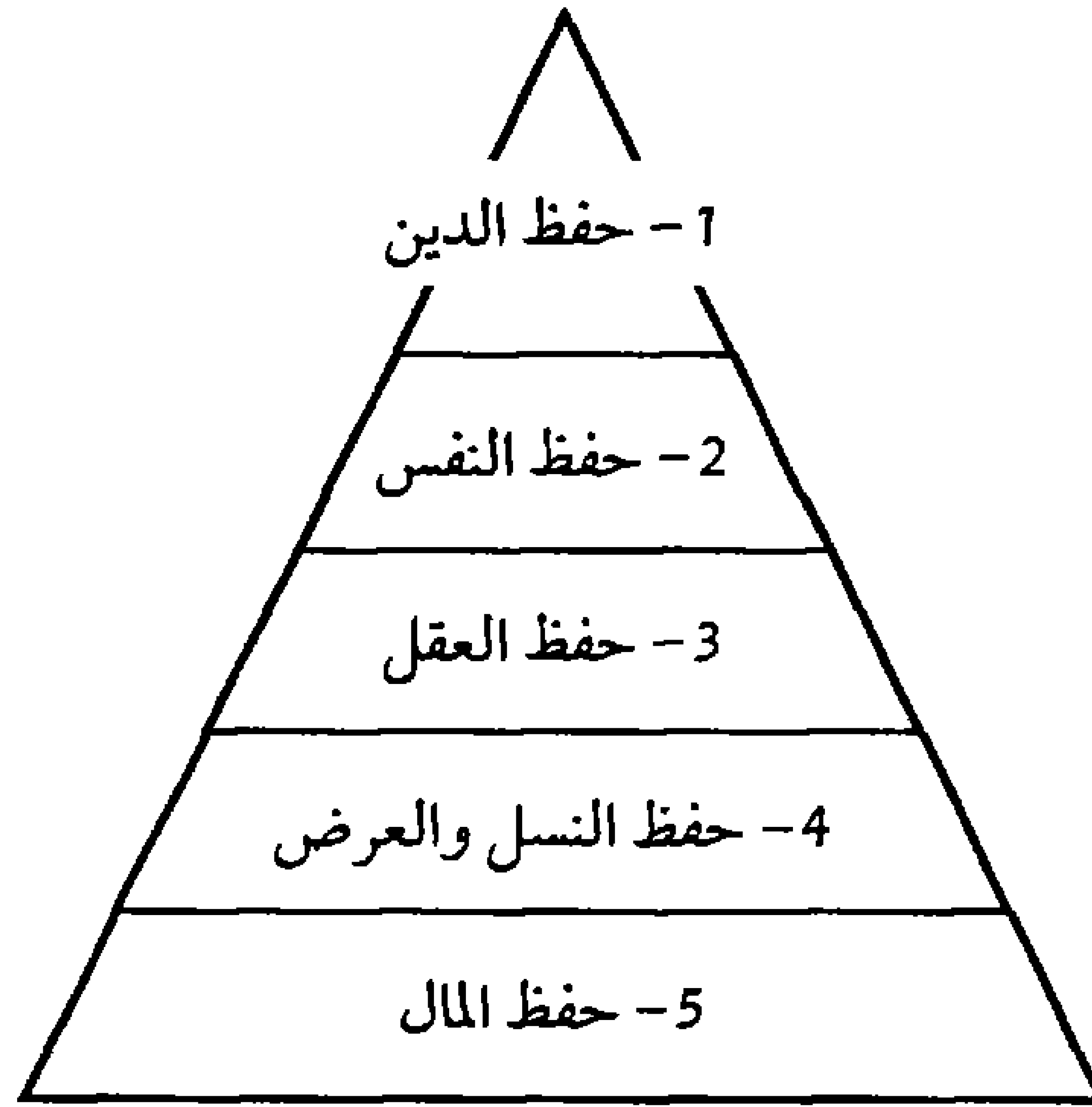
- **البعد عن الشيطان:** قال الله تعالى: ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ لَا تَتَّبِعُواْ خُطُوَٰتِ ٱلشَّيۡطَٰنِۚ وَمَن يَتَّبِعۡ خُطُوَٰتِ ٱلشَّيۡطَٰنِ فَإِنَّهُۥ يَأۡمُرُ بِٱلۡفَحۡشَآءِ وَٱلۡمُنكَرِۚ ﴾ [سورة النور، آية 21].
- **تجنب الخمر والميسر:** ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُوٓاْ إِنَّمَا ٱلۡخَمۡرُ وَٱلۡمَيۡسِرُ وَٱلۡأَنصَابُ وَٱلۡأَزۡلَٰمُ رِجۡسٞ مِّنۡ عَمَلِ ٱلشَّيۡطَٰنِ فَٱجۡتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمۡ تُفۡلِحُونَ ۝٩٠ إِنَّمَا يُرِيدُ ٱلشَّيۡطَٰنُ أَن يُوقِعَ بَيۡنَكُمُ ٱلۡعَدَٰوَةَ وَٱلۡبَغۡضَآءَ فِي ٱلۡخَمۡرِ وَٱلۡمَيۡسِرِ وَيَصُدَّكُمۡ عَن ذِكۡرِ ٱللَّهِ وَعَنِ ٱلصَّلَوٰةِۖ فَهَلۡ أَنتُم مُّنتَهُونَ ۝٩١ ﴾ [سورة المائدة، آيتان 90، 91].
- **تحريم تعاطي المخدرات:** لما لها من آثار عقلية ونفسية واجتماعية وجسمية ضارة بالإنسان. وقاعدة تحريم الخمر في الإسلام تنطبق على تحريم تعاطي المخدرات. ولقد أفتى المرحوم فضيلة الشيخ محمود شلتوت (شيخ الأزهر الأسبق في مصر) بتحريم تعاطي المخدرات.
- **العلم والمعرفة:** قال الله تعالى: ﴿ وَتِلۡكَ ٱلۡأَمۡثَٰلُ نَضۡرِبُهَا لِلنَّاسِۖ وَمَا يَعۡقِلُهَآ إِلَّا ٱلۡعَٰلِمُونَ ۝٤٣ ﴾ [سورة العنكبوت، آية 43].

ثالثًا: الضروريات الشرعية الكلية: (مبدأ الحفاظ على الكليات الخمس)

لقد أقر الإسلام مبدأ هامًا جدًا في الوقاية وهو مبدأ الحفاظ على الكليات الخمس أو ما يطلق عليه أحياناً الضروريات الشرعية الكلية. ولقد قام الفقهاء المسلمون بترتيب هذه الضروريات الكلية طبقًا لما أملته النصوص الشرعية الواردة بشأنها، فكانت كما هو موضوع في الشكل رقم (1).

شكل رقم (1)

الضروريات الشرعية الكلية



فالحفاظ على الدين يتم بتنفيذ أركان الإسلام الخمس (الشهادتين، الصلاة، الصوم، الزكاة، الحج) وقراءة وحفظ القرآن الكريم واتباع تعليماته ومراعاة حدود الله، واتباع سنة الرسول ﷺ. أيضًا من وسائل الحفاظ على الدين تطبيق حد الردة. أما الحفاظ على النفس فيتم عن طريق تطبيق حد القصاص. والحفاظ على العقل فيمكن تحقيقه من خلال الشورى والمشاركة والعلم والمعرفة وتطبيق حد شرب

الخمر... والحفاظ على النسل والعرض يتم من خلال – على سبيل المثال – اختيار الزوجة الصالحة ذات الدين وتطبيق حد الزنا وحد القذف بالزنا. أخيرًا الحفاظ على المال يتم بإخراج الزكاة وتقديم الصدقات وتطبيق حد السرقة وحد الحراية[8].

ويشرح د. محمد علي الحسن هذه الضرورات الخمس بشيء من التفصيل كالتالي[9]:

أولاً: حفظ الدين:

إن التدين فطري عند كل إنسان، فالإسلام هو دين الفطرة، قال تعالى: ﴿ فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا ۚ فِطْرَتَ ٱللَّهِ ٱلَّتِى فَطَرَ ٱلنَّاسَ عَلَيْهَا ۚ لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ ٱللَّهِ ۚ ﴾ [سورة الروم، الآية 30].

وقد فسرها رسول الله ﷺ خير تفسير لقوله: "فطرة الله التي فطر الناس عليها، دين الله تعالى" والمراد بفطرهم على دين الإسلام أي قابلين له غير نابين عنه ولا منكرين له لكونه مجاوبًا للعقل مساوقًا للنظر الصحيح حتى لو تركوا لما اختاروا دينًا آخر.

فحفظ الدين واجب على المكلفين بالإيمان بالله العظيم والقيام بأركان الإسلام، وحفظ الدين وأيضًا بإعلاء كلمة الله ومنع الارتداد والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر كما ورد عن النبي عليه الصلاة والسلام.

ثانيًا: حفظ النفس:

إن قتل النفس الواحدة كبيرة كبرى، فقتل النفس الواحدة – في غير قصاص لقتل، وفي غير دفع فساد في الأرض – يعدل قتل الناس جميعًا، وهو اعتداء على حق الحياة ذاته، ودفع القتل عن نفس هو استحياء للنفوس جميعًا.

﴿ مِنْ أَجْلِ ذَٰلِكَ كَتَبْنَا عَلَىٰ بَنِي إِسْرَاءِيلَ أَنَّهُۥ مَن قَتَلَ نَفْسًا بِغَيْرِ نَفْسٍ أَوْ فَسَادٍ فِي ٱلْأَرْضِ فَكَأَنَّمَا قَتَلَ ٱلنَّاسَ جَمِيعًا وَمَنْ أَحْيَاهَا فَكَأَنَّمَآ أَحْيَا ٱلنَّاسَ جَمِيعًا ۚ ﴾ [سورة المائدة، الآية 32].

إن النفس معصومة مكرمة لا يحل قتلها إلا بإحدى ثلاث كما قال النبي – عليه الصلاة والسلام – عن ابن مسعود ﷺ قال: قال رسول الله ﷺ: لا يحل دم امرئ مسلم إلا بإحدى ثلاث، النفس بالنفس، والثيب الزاني، والتارك لدينه المفارق للجماعة" [سنن الترمذي تحفة الأحوذي).

قال الشيخ محمد أبو زهرة: "إن قتل النفس من أكبر الكبائر الموجبة لغضب الله وشديد عقابه، والمحافظة على النفس هي المحافظة على حق الحياة الكريمة، ويدخل في عمومها المحافظة على كل أجزاء الجسم، كما يدخل فيها الأمور المعنوية كالمحافظة على الكرامة والابتعاد عن مواطن الإهانة"(10).

ثالثًا: حفظ العقل:

العقل مناط التكليف وأساس التفكير بل أساس الإيمان به يتميز الإنسان عن الحيوان، وعليه الثواب والعقاب، فالقلم مرفوع عمن لا عقل له، كما قال النبي – عليه الصلاة والسلام – رفع القلم عن ثلاث: "المجنون حتى يعقل، والنائم حتى يستيقظ، وعن الصبي حتى يحتلم (صحيح ابن خزيمة).

العقل هو الدرة الثمينة للإنسان لذا صانه الله من أي عبث ولو كان العبث من صاحبه، فحرم عليه شرب المسكرات والمخدرات وجعل الحد على من خالف أمره.

ولا يخفى علينا أثر المخدرات والمسكرات على العقل، فهما يغيبان العقل عن الوجود، فالسكران يفقد العقل كليًا ويتصرف تصرف من لا عقل له، فهو حيوان بل أضل من الحيوان فلا يعرف للحق سبيلاً.

رابعًا: حفظ النسل والعرض:

غريزة حب البقاء من الغرائز التي نظمها الإسلام فلم يكبتها ولم يطلقها، ومن مظاهرها حب الأبناء وكراهية الموت، النسل من الضرورات التي شرع الإسلام المحافظة عليها فشرع الزواج ذلك النظام الوثيق المتكامل لينعم الولد في ظله بالحنان والعطف.

وكما شرع الله الزواج لحماية النسل والمحافظة على النسب فقد حرم الزنا فجعل عقوبته الرجم إذا كان الزاني محصناً، وعقوبة الجلد إذا كان غير محصن.

قال تعالى: ﴿ ٱلزَّانِيَةُ وَٱلزَّانِي فَٱجْلِدُواْ كُلَّ وَٰحِدٍ مِّنْهُمَا مِاْئَةَ جَلْدَةٍ وَلَا تَأْخُذْكُم بِهِمَا رَأْفَةٌ فِي دِينِ ٱللَّهِ ﴾ [سورة النور، الآية 2].

كما حرم قذف المحصنات وجعل عقابه يقارب حد الزنا قال تعالى: ﴿ وَٱلَّذِينَ يَرْمُونَ ٱلْمُحْصَنَٰتِ ثُمَّ لَمْ يَأْتُواْ بِأَرْبَعَةِ شُهَدَآءَ فَٱجْلِدُوهُمْ ثَمَٰنِينَ جَلْدَةً ﴾ [سورة النور، الآية 4].

لذا حرص الإسلام على النسل ونمائه، فحث على زواج الودود الولود فقال رسول الله ﷺ: "تزوجوا الودود الولود فإني مكاثر بكم الأمم". (صحيح الجامع الصغير).

وفي رواية "فإني مكاثر بكم الأمم يوم القيامة" وفي رواية: "مكاثر بكم الأنبياء يوم القيامة" (إرواء الغليل).

هذا وقد وصف الله المفسدين في الأرض بأنهم يهلكون الحرث والنسل.

خامسًا: حفظ المال:

المال شقيق الروح، من حيث إنه سبب قوامها، وبه صلاحها، لذلك حسن جمعها بين التوصية بحفظ المال والتوصية بحفظ النفس، ولذا قرن القرآن في كثير من آياته بين النفس والمال.

﴿ إِنَّ ٱللَّهَ ٱشْتَرَىٰ مِنَ ٱلْمُؤْمِنِينَ أَنفُسَهُمْ وَأَمْوَٰلَهُم بِأَنَّ لَهُمُ ٱلْجَنَّةَ ﴾ [سورة التوبة، الآية 111]، بل قدم المال على النفس في أحايين أخرى، وذلك في آيات الجهاد فقال في سورة الصف: ﴿ وَتُجَٰهِدُونَ فِي سَبِيلِ ٱللَّهِ بِأَمْوَٰلِكُمْ وَأَنفُسِكُمْ ﴾ [سورة الصف، الآية 11]. وفي سورة الأنفال: ﴿ إِنَّ ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ وَهَاجَرُواْ وَجَٰهَدُواْ بِأَمْوَٰلِهِمْ وَأَنفُسِهِمْ فِي سَبِيلِ ٱللَّهِ ﴾ [سورة الأنفال، الآية 72].

فالمال عصب الحياة، لذا حرص الإسلام على تنميته بالحلال وحرم الكسب الحرام "وأحل الله البيع وحرم الربا".

والمال نعمة أو نقمة، نعمة إذا اكتسبته من حلال، وأنفقته في الحلال، ونقمة إذا اكتسبته من حرام وأنفقته في حرام. فالمرء مسؤول عن ماله فيما اكتسبه وفيما أنفقه".

ولئن عني الإسلام بتشريعاته بالأمر في السعي والضرب في الأرض لاكتساب المال فقال تعالى: ﴿ هُوَ ٱلَّذِى جَعَلَ لَكُمُ ٱلْأَرْضَ ذَلُولًا فَٱمْشُواْ فِي مَنَاكِبِهَا وَكُلُواْ مِن رِّزْقِهِۦ وَإِلَيْهِ ٱلنُّشُورُ ﴾ [سورة الملك، الآية 15].

فقد عني بمنع أكل أموال الناس بالباطل ﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ لَا تَأْكُلُوٓاْ أَمْوَٰلَكُم بَيْنَكُم بِٱلْبَٰطِلِ إِلَّآ أَن تَكُونَ تِجَٰرَةً عَن تَرَاضٍ مِّنكُمْ ﴾ [سورة النساء، الآية 26].

كما فرض العقوبات بوضع الحدود الزاجرة لمنع الاعتداء عليه بحد السرقة والحرابة.

قال تعالى: ﴿ وَٱلسَّارِقُ وَٱلسَّارِقَةُ فَٱقْطَعُوٓاْ أَيْدِيَهُمَا جَزَآءًۢ بِمَا كَسَبَا نَكَٰلًا مِّنَ ٱللَّهِ ۗ وَٱللَّهُ عَزِيزٌ حَكِيمٌ ﴿٣٨﴾ ﴾ [سورة المائدة، الآية 38].

إن المجتمع المسلم يوفر لجميع رعيته – على اختلاف عقائدهم – ما يدفع مخاطر السرقة عن كل نفس سوية، إنه يوفر لهم ضمانات العيش الكريم، وضمانات التربية والتقويم، وضمانات العدل في التوزيع فمن حق الإسلام أن يشدد في عقوبة السرقة، والاعتداء على الملكية الفردية والاعتداء على أمن المجتمع(11).

إن التحليل الاجتماعي لهذه الضروريات الشرعية يؤكد لنا عدة حقائق:

1- أن الإسلام اهتم بموضوع الوقاية بشكل واضح وصريح بل وحدد أنواع هذه الوقاية ورتب هذه الأنواع حسب أهميتها في خمس ضروريات كما هو موضح في الشكل السابق.

2- إن هذه الضروريات الشرعية الخمس تشكل منظومة منسجمة ومتماسكة، وإذا نحن أخللنا بتوازنها ولم نحترم ترتيبها (Hierarchie) أخللنا بنظامها العام فينفرط عقدها، فهي تشكل نسقًا كليًا (System) يكمن توازنه واستقراره في ترابط العناصر المكونة له ترابطًا تنازليًا من الأهم إلى المهم. وإن إقصاء أي عنصر من هذه العناصر الخمسة، أو إعادة ترتيب أولوياته يؤدي إلى

الفساد والإفساد بالمفهوم القرآني لهذه الكلمة ﴿ وَلَوِ ٱتَّبَعَ ٱلْحَقُّ أَهْوَآءَهُمْ لَفَسَدَتِ ٱلسَّمَٰوَٰتُ وَٱلْأَرْضُ وَمَن فِيهِنَّ ۚ بَلْ أَتَيْنَٰهُم بِذِكْرِهِمْ فَهُمْ عَن ذِكْرِهِم مُّعْرِضُونَ ﴿٧١﴾ ﴾ [سورة المؤمنون، آية 71].

3- إن احترام ترتيب الضروريات الشرعية الخمس يحقق السببية التوازنية على غرار السببية التوازنية التلقائية الموجودة لدى جسم الإنسان وفي عالم الأشياء الطبيعية.

4- وهكذا نلاحظ أن حفظ المال يوجد في مؤخرة السلم الترتيبي للضروريات الشرعية؛ فالنشاط الاقتصادي هو قطاع من قطاعات النشاط الإنساني مسخر لخدمة الإنسان في كل أبعاده ويخضع لمنطق الترتيب السابق ذكره في الشكل أعلاه. فحفظ الدين والنفس والعقل والنسل تشكل بحكم أسبقيتها على حفظ المال عوامل هيكلية كابحة للنظام الاقتصادي تمنعه من الجموح وتحفظ توازن النسق الكلي[12].

وفى الختام أسأل الله تعالى أن يلهمنا الصواب، وأن يوفقنا إلى خير القول وأحسن العمل. وأن يهدي المسلمين إلى الصراط المستقيم وأن يقيهم بإذن الله من كل أنواع المشكلات سواء كانت جسمية أو نفسية أو عقلية أو اجتماعية أو اقتصادية[13]..

قال الله تعالى: ﴿ قَدْ جَآءَكُمْ رَسُولُنَا يُبَيِّنُ لَكُمْ كَثِيرًا مِّمَّا كُنتُمْ تُخْفُونَ مِنَ ٱلْكِتَٰبِ وَيَعْفُوا۟ عَن كَثِيرٍ ۚ قَدْ جَآءَكُم مِّنَ ٱللَّهِ نُورٌ وَكِتَٰبٌ مُّبِينٌ ﴿١٥﴾ يَهْدِى بِهِ ٱللَّهُ مَنِ ٱتَّبَعَ رِضْوَٰنَهُۥ سُبُلَ ٱلسَّلَٰمِ وَيُخْرِجُهُم مِّنَ ٱلظُّلُمَٰتِ إِلَى ٱلنُّورِ بِإِذْنِهِۦ وَيَهْدِيهِمْ إِلَىٰ صِرَٰطٍ مُّسْتَقِيمٍ ﴾ [سورة المائدة، آيتان 15، 16].

﴿ يَٰٓأَيُّهَا ٱلنَّاسُ قَدْ جَآءَتْكُم مَّوْعِظَةٌ مِّن رَّبِّكُمْ وَشِفَآءٌ لِّمَا فِى ٱلصُّدُورِ وَهُدًى وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ ۝٥٧ ﴾ [سورة يونس، آية 57].

وقال ﷺ: "تركت فيكم ما إن تمسكتم به فلن تضلوا بعدي أبدًا؛ كتاب الله وسنتي".

مراجع الفصل الثالث

(1) القرآن الكريم.

(2) وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية: **تفسير وبيان مفردات القرآن** (الكويت: دار الرشيد، بدون تاريخ) ص ص 234–235.

(3) **الأحاديث النبوية الشريفة.**

(4) انظر: عز الدين فراج: **الإسلام والوقاية من الأمراض** (بيروت: دار الرائد العربي، ط2، 1989) ص61.

(5) عادل أحمد بربور وآخرون: **الطب الوقائي في الإسلام** (دمشق: كلية الطب، جامعة دمشق، 1989) ص191.

(6) **المرجع السابق:** ص193.

(7) عز الدين فراج: **الإسلام والرعاية الصحية الأولية** (القاهرة: جامعة القاهرة، 1981) ص50.

(8) **انظر:** عبد العزيز الخياط: **المجتمع المتكافل في الإسلام** (القاهرة: دار السلام للطباعة والنشر، ط3، 1986) ص ص 67–68.

(9) محمد على الحسن: "الضرورات الخمس في الإسلام"، **مجلة الأمن**، القيادة العامة لشرطة دبي، العدد 384، دبي: يناير 2007، ص ص : 50–52.

انظر أيضًا: أبو بكر جابر الجزائري: **عقيدة المؤمن** (القاهرة: مكتبة التوفيقية، بدون تاريخ).

(10) الشيخ محمد أبو زهرة: **الجريمة والعقوبة**، ص35.

(11) محمد على الحسن: **مرجع سبق ذكره**، ص52.

(12) محمد صحري: "التوجيه الإسلامي لعلم الاقتصاد"، **مجلة الاقتصاد الإسلامي**، بنك دبي الإسلامي، العدد 170، دبي، يونيه 1995، ص ص 18-21.

(13) **انظر**: مدحت محمد أبو النصر: "الوقاية في الإسلام"، **جريدة الخليج**، الشارقة، العدد 6181، الموافق 19 إبريل 1996، ص14.

الفصل الرابع : الخدمة الاجتماعية الوقائية

أولاً: تعريف الخدمة الاجتماعية الوقائية.

ثانيًا: تطور الخدمة الاجتماعية الوقائية.

ثالثًا: العوامل التي أدت إلى ظهور الخدمة الاجتماعية الوقائية:

1- عوامل خاصة بمهنة الخدمة الاجتماعية.

2- عوامل مجتمعية محيطة بمهنة الخدمة الاجتماعية.

مراجع الفصل الرابع

الفصل الرابع

الخدمة الاجتماعية الوقائية

أولاً: تعريف الخدمة الاجتماعية الوقائية Preventive Social Work:

هناك تعريفات عديدة للخدمة الاجتماعية الوقائية، والملاحَظ أنها تتفق مع بعضها البعض في كثير من الجوانب. والآتي عرض لبعض هذه التعريفات:

1- عرّف مارتن بلوم Martin Bloom الخدمة الاجتماعية الوقائية بأنها مجموعة الأنشطة المهنية التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون بهدف تجنب أو تفادي المشكلات الاجتماعية المتنبأ بها لدى الناس وخاصة المعرضين للمخاطر أكثر من غيرهم، وغرس أهداف اجتماعية مرغوبة[1].

2- ويقول روبرت باركر Robert Barker بأن الخدمة الاجتماعية الوقائية تشتمل على التخطيط والتنظيم وتقديم الخدمات قبل ظهور المشكلات. ويرى أن الخدمة الاجتماعية الوقائية هي الأعمال والأفعال التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون والآخرون، بهدف منع حدوث أو إزالة أو تقليل الأحوال أو الظروف المسببة أو المؤدية للمشكلات بصفة عامة، والمشكلات الاجتماعية بصفة خاصة. أيضًا تتضمن الوقاية إقامة الأحوال أو الظروف في المجتمع التي تدعم الفرص للأفراد وللجماعات وللمجتمعات لأن تنجز أدوارها بشكل إيجابي[2].

3- أيضًا عرفت الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين بالولايات المتحدة الأمريكية (N.A.S.W.) الخدمة الاجتماعية الوقائية بأنها المساعدة المهنية

التي تقدم للناس لتجنب الوقوع في المشكلات الاجتماعية المحتمل حدوثها بصفة خاصة، وتزويدهم بقدر معقول من المعارف والاتجاهات والمهارات لمواجهة مواقف الشدة والقلق والضغوط والأزمات[3].

4- عرف ماهر أبو المعاطي على الخدمة الاجتماعية الوقائية بأنها الأنشطة والجهود المهنية التي يمارسها الأخصائيون الاجتماعيون بالتعرف على المناطق الكامنة والمحتملة لمعوقات الأداء الاجتماعي للأفراد والأسر والجماعات أو منع ظهورها مستقبلاً أو التقليل منها إلى أدنى حد ممكن في إطار المقومات المعرفية والمهارية والقيمية لمهنة الخدمة الاجتماعية.

ثانيًا: تطور الخدمة الاجتماعية الوقائية:

ظهرت جذور Roots الخدمة الاجتماعية الوقائية في قلب الخدمة الاجتماعية العلاجية، ومنذ أن نشأت المهنة على أساس أن مساعدة العميل على مواجهة مشكلته هي نوع من الوقاية له (وللمحيطين به وللمجتمع) من الوقوع في مشكلات أخرى. أيضًا إذا قرأنا أهداف حركة تنظيم الإحسان Charity Organization Societies وحركة المحلات الاجتماعية Social Settlements في أوروبا الغربية والولايات المتحدة الأمريكية لوجدنا أنها تتضمن أنشطة تصل بالوقاية من المشكلات مثل: الفقر والانحراف والبطالة[4]... . بل إن ماري ريتشموند Mary Richmond أشارت في أوائل هذا القرن (عام 1930) إلى أنه يجب التعامل مع الأفراد الذين يوشكون أن يقعوا في المشكلات قبل أن يصبحوا ضحايا لها[5].

ونحن إذا قرأنا تعريفات الخدمة الاجتماعية منذ نشأتها وحتى الآن سوف نجد أن بعض هذه التعريفات أشارت بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الأهداف الوقائية في الخدمة الاجتماعية بجانب الأهداف العلاجية والتنموية.

فعلى سبيل المثال عرف هربرت بيسنو Herbert Bisno عام 1952 الخدمة الاجتماعية بأنها "عملية توفير الخدمات لمساعدة الأفراد والجماعات للتغلب على المعوقات الاجتماعية والنفسية في حاضرهم ومستقبلهم، تلك المعوقات التي قد تقلل من إسهامهم الكامل والفعال في المجتمع"[6].

وفى عام 1958 عرف ورنر بويم Werner Boehm الخدمة الاجتماعية بأنها تهدف إلى مساعدة الأفراد على أداء وظائفهم الاجتماعية، فرادى أو في جماعات، عن طريق الأنشطة الموجهة نحو علاقاتهم الاجتماعية، بما في ذلك التفاعل بين الإنسان والبيئة المحيطة. وتؤدي هذه الأنشطة ثلاث وظائف رئيسية هي: علاج ما لحق الأفراد من أضرار في قدراتهم، وتقديم الخدمات الفردية والجمعية، والوقاية من الآفات الاجتماعية ومن اختلال الأداء الاجتماعي.

وفي عام 1966 قدم عبد المنعم شوقي تعريفاً للخدمة الاجتماعية ذكر أنها "نظام اجتماعي مرن، يشترك في طرقه الأساسية مع بعض النظم الاجتماعية الأخرى، ويقوم بالعمل فيه مهنيون مختصون، ويهدف إلى مقابلة احتياجات الأفراد إلى النمو والتكيف في المجتمع إذا فشلت في ذلك النظم الاجتماعية الأخرى، كما يهدف إلى مساعدة تلك النظم على النمو والامتداد حتى تقابل حاجات الأفراد والجماعات والمجتمعات بطريقة أكثر كفاءة"[8].

وبشكل واضح وصريح حدد محمد شمس الدين أحمد (عام 1974) الجانب الوقائي للخدمة الاجتماعية في تعريفه الآتي:

"الخدمة الاجتماعية علم وفن تقدم بواسطتها المساعدة لمن يجد صعوبة في التكيف ويحتاج إلى هذه المساعدة، كما أنها تقدم المساعدة لمن هم في حالة تكيف اجتماعي سليم حتى لا يصبحوا في حالة سوء تكيف، وذلك بواسطة الأخصائي

الاجتماعي والمؤسسة الاجتماعية، لتنمية القيمة والرفاهيـة الاجتماعيـة للأفـراد والجماعات في حدود إمكانات المجتمع الذي يعيشون فيه"[9].

وفي عام 1977 قدم سيد أبو بكر حسانين تعريفًا إجرائيًا للخدمة الاجتماعيـة حدد فيه أهداف الخدمة الاجتماعية كالتالي:

- "تهدف الخدمة الاجتماعية إلى إحداث تغييرات مرغوب فيها لعلاج المشكلات الاجتماعية، والوقاية منها، واستثمار القدرات البشرية للوصول إلى مستويات اجتماعية لائقة"[10].
- وفي تعريف الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين بالولايـات المتحـدة الأمريكية (N.A.S.W) من عام 1973 (والذي تـم عرضـه عنـد تنـاول تعريفات الخدمة الاجتماعية) تتضح لنـا الأهـداف الوقائيـة فـي الخدمـة الاجتماعية في العبارة التالية:
- تسعى الخدمة الاجتماعية لتحديد المناطق الكامنة والمحتملة لعدم التوازن بين الأفراد والجماعات والبيئة الاجتماعية للحيلولة دون ظهورها[11].
- أخيرًا تتضح أهداف الخدمة الاجتماعية بما فيها الأهداف الوقائية في تعريف المؤلف من عام 1989 (والسابق ذكره عنـد عـرض تعريفـات الخدمـة الاجتماعية) في العبارة التالية:
- ... مساعدة الأفراد والجماعات والمنظمات والمجتمعات على الوقايـة مـن مشكلاتهم وإشباع حاجاتهم... [12] .

هذا ولقد قدم عدد من رواد الخدمة الاجتماعية في أوروبا الغربية والولايـات المتحدة الأمريكية منظورًا وقائيًا في كل من طرق الخدمة الاجتماعيـة الرئيـسية

(خدمة الفرد، وخدمة الجماعة وتنظيم المجتمع). فعلى سبيل المثال قدم روبرت فينتر Robert Vinter منظورًا وقائيًا عند ممارسة طريقة خدمة الجماعة[13]، والذي تمثل – على سبيل المثال – في الإجراءات التالية:

1- الهدف Aim:

إحداث تغييرات يمكن أن ينتج عنها تخفيف الصعوبات التي تعوق أعضاء الجماعة عن القيام بوظائفهم الاجتماعية.

2- الجماعة Group:

لا يتمسك الأخصائي الاجتماعي في تكوين الجماعة بتوفير شروط خاصة معينة، بل يهتدي فقط بالشروط التي تساعد في تحقيق الأهداف الوقائية.

3- البرنامج Program:

اختيار وتصميم وتنفيذ برامج وقائية مناسبة لخصائص الجماعة وأعضائها.

4- الخبرات الجماعية Collective Experiences:

التي توفرها الجماعة من خلال هذه البرامج تصبح مهارات اجتماعية Social Skills يكتسبها الأعضاء وتمكنهم من الوقاية من المشكلات بصفة عامة، والاجتماعية بصفة خاصة.

ومع أن جذور الخدمة الاجتماعية الوقائية نبتت في بدايات نشأة مهنة الخدمة الاجتماعية، واستمر هذا الاتجاه ينمو رويدًا رويدًا كما رأينا في تعريفات الخدمات الاجتماعية وأهدافها، إلاّ أن الاهتمام الواضح والصريح بالأهداف الوقائية في الخدمة الاجتماعية بدأ منذ السبعينيات في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا الغربية وذلك يرجع إلى العديد من العوامل سيتم ذكرها لاحقًا.

فعلى سبيل المثال ظهرت 1500 مقالة عن الوقاية بصفة عامة وفي المجال الاجتماعي بصفة خاصة، وذلك حتى عام 1981، كما ذكر مارتن بلوم في كتابه عن الوقاية الأولية[14]. وفي الثمانينيات بدأت العديد من مدارس الخدمة الاجتماعية مثل جامعة كولومبيا ومينوسوتا وبتسبرج ولندن في تدريس مادة أو مساق الخدمة الاجتماعية الوقائية لطلابها. وفى عام 1980 ظهرت مجلة بعنوان "الوقاية" Journal of Prevention. وفي عام 1981 ظهرت مجلة بعنوان "الوقاية الأولية" Journal of Primary Prevention والتي تصدرها الجمعية القومية للعاملين المهنيين في ميدان الوقاية National Association of Prevention Professionals ومقرها نيويورك.

وفي نفس العام ظهرت مجلة بعنوان "الوقاية في الخدمات الإنسانية" Prevention in Human Services. وهناك أيضًا مجلات في ميدان الوقاية مرتبطة بعمل الأخصائيين الاجتماعيين مثل: مجلة الوقاية والطب الاجتماعي Journal of Prevention & social Medicine، ومجلة الطب النفسي الوقائي والعلوم المرتبطة Journal of Preventive Psychiatry & Allied Disciplines، ومجلة الوقاية من الجريمة Journal of Crime Prevention والتي تصدر في هولندا.

أيضًا ظهرت كتب عديدة في الموضوع نفسه مثل:

- WHO: **Disability Prevention** (1976).
- C. Garland: **Early Intervention** (1981).
- Maluccio: **Enhancement The Clients' Abilities: Old, New Approach for Social Work Practice** (1981).
- Martin Bloom: **Primary Prevention: The Possible Science** (N.J.: Prentice Hall, 1981).

- M. Noble (ed.) **Primary Prevention in Mental Health & Social work** (N.Y. Council on social Work Education, 1981).
- E. Arnowits (ed.) **Prevention Strategies for mental Health** (N.Y.: Prodist, 1982).
- Perlmutter: **Mental Health & Primary Prevention** (1982).
- J.B. Bowker: **Education for Primary Prevention in Social Work** (N.Y.: Council on Social Work Education, 1983).
- L. Jason; R. Hess; R. Felner: **Prevention: Toward a Multidisciplinary Approach** (N.Y.: The Haworth Press, Inc., 1987).

أخيرًا عقدت مؤتمرات قومية ودولية سنوية عن الوقاية في مجالات عديدة مثل:

- الوقاية من الانحراف والجريمة.
- الوقاية من الإيدز.
- الوقاية من الإعاقة.

فعلى سبيل المثال تعقد منظمة الأمم المتحدة مؤتمرات دولية دورية في مجالات الوقاية السابق ذكرها مثل: U.N. Congress on Prevention of Crime and Treatment of Offenders، أي مؤتمر الأمم المتحدة للوقاية من الجريمة ومعاملة المجرمين أو المذنبين(15).

أيضًا يعقد سنويًا مؤتمر دولي عن مرض الإيدز في اليوم العالمي لمكافحة مرض الإيدز في ديسمبر من كل عام.

ثالثًا: العوامل التي أدت إلى ظهور الخدمة الاجتماعية الوقائية:

لقد ظهرت الخدمة الاجتماعية الوقائية نتيجة الاستجابة لعدة عوامل خاصة بمهنة الخدمة الاجتماعية وأخرى مجتمعية تأثرت بها المهنة.

نذكر بعض هذه العوامل في الآتي:

1- عوامل خاصة بمهنة الخدمة الاجتماعية:

1) اشتغال كثير من الأخصائيين الاجتماعيين في المجال الصحي، وتأثرهم – مثل الأطباء – بفكرة الطب الوقائي Preventive Medicine.

2) عدم استطاعة الأخصائيين الاجتماعيين التعامل والتدخل المهني في كثير من الحالات لعدم وجود الوقت الكافي أو الموارد المتاحة أو لكثرة عدد العملاء الذين يعمل معهم الأخصائيون الاجتماعيون بما يفوق طاقتهم.

3) وجود عجز في عدد الأخصائيين الاجتماعيين بما لا يكفي علاج ضحايا المشكلات.

4) وجود عجز ونقص واضح في الموارد المخصصة للخدمة الاجتماعية.

5) عدم نجاح جهود الأخصائيين الاجتماعيين في علاج مشكلات بعض العملاء لفوات الأوان.

6) أساليب التعامل مع المشكلات وعلاجها ما زالت غير كافية وغير موثوق بها في تحقيق النتائج على مستوى عالٍ من الدقة..

7) التغيير الذي حدث في مهنة الخدمة الاجتماعية من التركيز على الفرد، إلى التركيز على الفرد داخل البيئة، والتفاعل والتأثير المتبادل بينهما (الاتجاه التفاعلي في الخدمة الاجتماعية Interactionalist Approach).

8) زيادة الاهتمام بتخطيط الخدمات الاجتماعية في مهنة الخدمة الاجتماعية، وما يرتبط به التخطيط من عمليات تنبؤ ووقاية..

2- عوامل مجتمعية محيطة بمهنة الخدمة الاجتماعية:

1) زيادة الوعي الطبي والاجتماعي لدى الناس عن أهمية الوقاية من الأمراض والإعاقات والمشكلات... فعلى سبيل المثال في الولايات المتحدة الأمريكية منذ عام 1964 وحتى عام 1982 توقف 30 مليون أمريكي عن تدخين السجائر.

2) أثبتت بعض الدراسات التي قامت بها منظمة الأمم المتحدة أن حوالي 50% من الإعاقات التي حدثت لدى الناس كان يمكن تجنبها والوقاية منها[16].

3) حساب التكلفة والعائد Cost-Benefit Analysis للوقاية والعلاج يوضح أن تكاليف الوقاية أقل بكثير من العلاج من حيث الوقت والجهد والتكاليف... (انظر الفصل الثاني).

4) ندرة الموارد Resource Scarcity بصفة عامة، والمخصصة لبرامج الرعاية الاجتماعية بصفة خاصة؛ مما يتطلب معه التركيز على الوقاية أكثر من العلاج. وكثير من ميزانيات الحكومات محدودة، بل وحائرة بين ما يطلق عليه "السلاح والزبدة" Guns and Butter[17].

5) زيادة الاهتمام بدور المهن في أنها لا تصبح رد فعل للأحوال والظروف وإنما لابد أن تساهم في تشكيل هذه الأحوال والظروف قبل حدوثها حتى يصبح المستقبل أفضل وأكثر تقدمًا ومشكلاته أقل.

6) اهتمام مهن وعلوم أخرى بالمدخل الوقائي نظرًا لأهميته، مثل: الطب، فظهر الطب الوقائي Preventive Medicine، والهندسة فظهرت الهندسة الوقائية Preventive Engineering، والإدارة فظهرت الإدارة

مراجع الفصل الرابع

(1) See: Martin Bloom: "Prevention", **Encyclopedia of Social Work.** Silver Spring, Maryland: N.A.S.W., Vol. 2, 18th ed., 1987, PP. 303-304.

Martin Bloon: **Primary Prevention, The Possible Science**_(N.J.: Prentice Hall, Inc., 1991). P. 8, P. 28.

(2) Robert Barker: **The Social work Dictionary** (Silver Spring, Maryland: N.A.S.W, 1994) PP. 124-125; P.155.

(3) Rex A. Skidmore, Miltong Thackeray: **Introduction to Social Work** (Englewood Cliffs: Prentice-Hall, Inc., 2nd. Ed. 1976) PP. 365-366.

(4) See: Kathleen Woodroofe: **Form Charity to Social Work: In England and United States** (London: Routledge & Kegan Paul, 1968) PP. 32-36; PP. 226-227.

A.F. Young and E.T. Ashtol: **British Social Work in the Nineteenth Centary** (London: Routledge & Kegan Paul, 1967) PP. 7-8.

مدحت محمد أبو النصر: "الرعاية الاجتماعية في أوروبا الغربية قديمًا وحديثًا"، في أحمد محمد السنهوري: **مدخل الرعاية الاجتماعية** (القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1993) ص94-128.

(5) Mary Richmond: **The Long View** (N.Y.: Russell Sage Foundation, 1930) P.5.

(6) Herbert Bisno: **The Philosophy of Social Work** (Washingtion, D.C.: Public Affairs Press, 1952) PP. 1-5.

(7) Armando Morals & Brodford W. Sheafar: **Social Work: A Profession of Many Faces** (Boston: Allyn & Bacon, Inc., 1977) P. 15.

(8) أحمد فوزي الصادي ومختار عجوبة: **الخدمة الاجتماعية وقضايا التنمية** (الرياض: دار اللواء، 1981) ص14.

(9) محمد شمس الدين أحمد: **العمل مع الجماعات في محيط الخدمة الاجتماعية** (الجيزة: مؤسسة يوم المستشفيات، 1974) الفصل الأول.

(10) سيد أبو بكر حسانين: **مدخل إلى الخدمة الاجتماعية** (القاهرة: مكتبة التجارة والتعاون، 1977) ص197-198.

(11) Charles Zastrow: **The Practice of Social Work** (N.Y.: The Dorsey Press, 1981) P. 8.

(12) Medhat M. Abo El Nasr: **Social Work Practice and Political Parties at the Local Level In Egypt** (U.K. University of Wales, College of Cardiff, Doctoral Dissertation, 1989) Ch. 1.

(13) See: Robert D. Vinter: "Social Group Work", **Encyclopedia of Social Work,** Silver Spring, Maryland: N.A.S.W., 15th. Ed., 1965, PP. 718-720.

(14) Martin Bloom: **Primary Prevention,** Op. Cit., P8.

(15) لمزيد من التفصيل انظر: مدحت محمد أبو النصر: **الدفاع الاجتماعي، المفهوم والمجالات والمنظمات** (أبو ظبي: مركز البحوث والدراسات الأمنية والاجتماعية، الإدارة العامة لشرطة أبو ظبي، 1996) ص32-35.

مدحت محمد أبو النصر: **الدفاع الاجتماعي، المفهوم والأهداف والمجالات** (دبي: وزارة العمل والشئون الاجتماعية، 1996).

(16) Neil F. Bracht: "Preventive Health Care and Wellness", **Encyclopedia of Social Work,** silver Spring, Maryland: N.A.S.W, Vol. 2, 18th. Ed, 1987, P. 315.

(17) WHO: **Programs and Policy for Disability Prevention and Rehabilitation** (Geneva: WHO Document A 29/Inf. Doc. 1, 1976) PP. 1-3.

(18) Martin Bloom: **Op. Cit.**, P. 305.

الفصل الخامس : عناصر وأهداف الخدمة الاجتماعية الوقائية ومقومات نجاحها

أولاً: عناصر الخدمة الاجتماعية الوقائية.

ثانيًا: أهداف الخدمة الاجتماعية الوقائية.

ثالثًا: مقومات نجاح الخدمة الاجتماعية الوقائية.

مراجع الفصل الخامس.

الفصل الخامس

عناصر وأهداف الخدمة الاجتماعية الوقائية ومقومات نجاحها

أولاً: عناصر الخدمة الاجتماعية الوقائية:

يمكن تحديد عناصر Elements الخدمة الاجتماعية الوقائية في الآتي:

1- وحدة العمل Work Unit، وتتمثل في: الناس بصفة عامة، والأفراد والجماعات المعرضين للمخاطر أكثر من غيرهم People at High Risk.

2- مواقف الحياة Life Situations المختلفة، مثل: مواقف الشدة والقلق والتوتر والضغوط والأزمات والمشكلات.

3- مؤسسات المجتمع Society Agencies & Associations المختلفة، سواء كانت حكومية أو أهلية مثل: رياض الأطفال والمدارس والمستشفيات والمصانع ومراكز التدخل المبكر والأندية الاجتماعية والثقافية والرياضية ومراكز التنمية الاجتماعية ومؤسسات الرعاية الاجتماعية.. وجميع مؤسسات المجتمع يمكن أن تلعب دورًا مباشرًا أو غير مباشر في وقاية الإنسان والمجتمع من المشكلات سواء كانت صحية أو اجتماعية أو تعليمية أو اقتصادية.

4- الأخصائي الاجتماعي Social Worker، الذي يعمل في مؤسسات المجتمع المختلفة، ومدرك لأهمية الأهداف الوقائية في الخدمة الاجتماعية، وينفذ

برامج وأنشطة في الخدمة الاجتماعية الوقائية. وعندما يمارس الأخصائي الاجتماعي الخدمة الاجتماعية الوقائية بشكل كبير ورئيسي غالبًا ما يطلق عليه الأخصائي الاجتماعي الوقائي Preventer، في مقابل الأخصائي الاجتماعي المعالج Therapist الذي يمارس الخدمة الاجتماعية العلاجية.

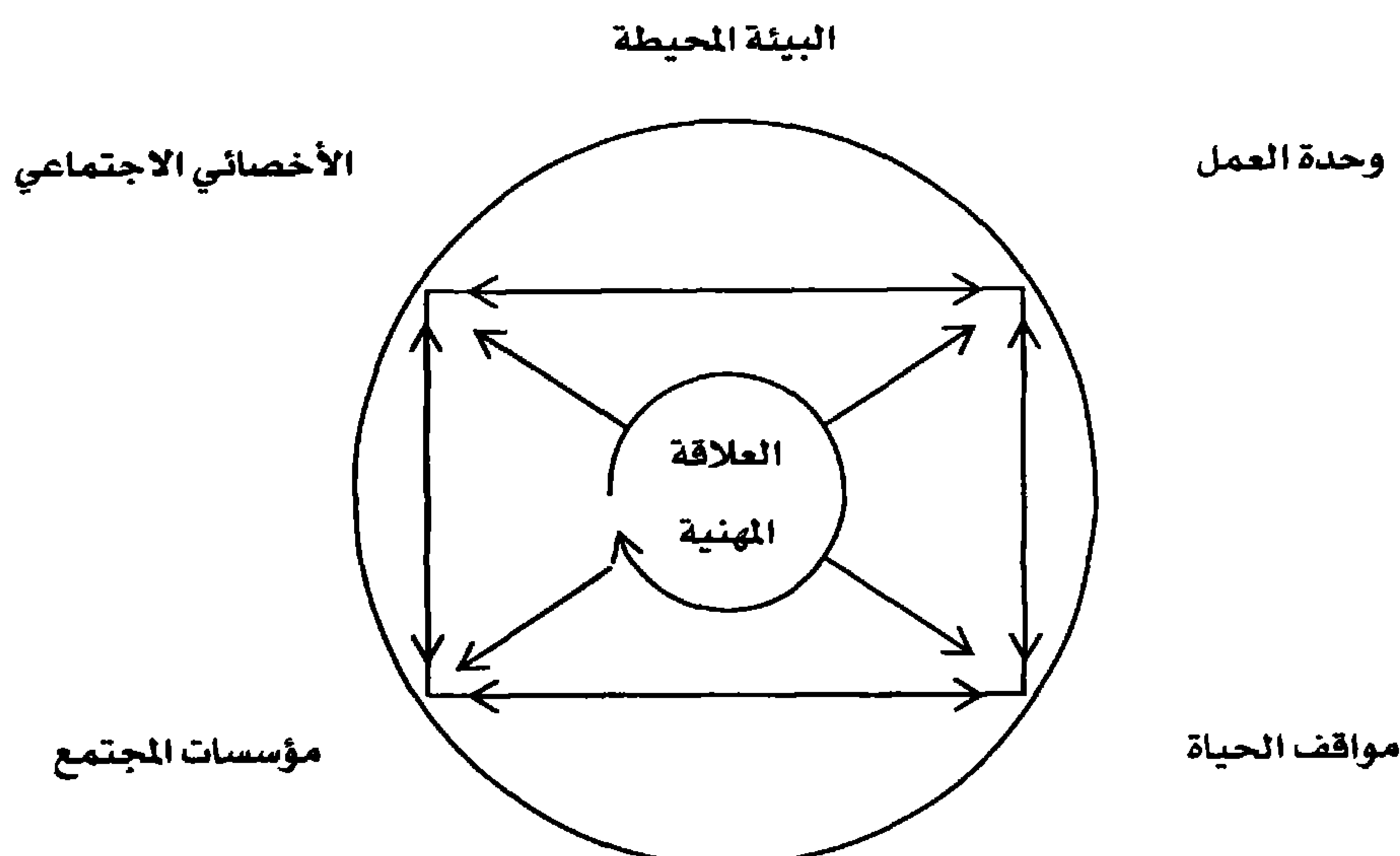
5- العلاقة المهنية Professional Relationship، وهي العلاقة التي تربط الناس بالمؤسسة وبالأخصائي الاجتماعي. فهي الجسر الذي عن طريقه يحصل الناس على خدمات المؤسسة. وهي الأساس الذي تقوم عليه عملية المساعدة Helping Process. وهي التفاعل الإيجابي التعاوني المؤقت بين مشاعر وأفكار كل من الأخصائي الاجتماعي ووحدة العمل بهدف تحقيق عملية المساعدة.

6- البيئة المحيطة Surounding Environment: وتتمثل في كل ما يحيط بالعناصر السابقة، سواء كانت بيئة طبيعية: (مثل: الهواء، الماء، الأرض، المناخ...) أو بيئة إنسانية (مثل: الأفراد المحيطين والجماعات والمنظمات والمجتمع والثقافة والدين...).

ويمكن عرض هذه العناصر في الشكل التالي:

شكل رقم (3)

عناصر الخدمة الاجتماعية الوقائية



وكما يتضح من الشكل فإن هناك تفاعلاً متبادلاً وفي اتجاهين بين جميع العناصر الستة السابق ذكرها. فكل عنصر يؤثر ويتأثر بجميع العناصر الأخرى.

وسيتم في هذا الفصل شرح عنصرين من عناصر الخدمة الاجتماعية الوقائية وهما الأول والثاني. أما بقية العناصر، فقد درسها أو يدرسها الطالب/ الطالبة في مساقات أخرى بالتفصيل.

وحدة العمل Work Unit:

وتتمثل في الناس People بصفة عامـــة والأفـــراد والجماعـــات المعرضـــين للمخاطر أكثر من غيرهم بصفة خاصة.

هذا وتستخدم الخدمة الاجتماعية العلاجية غالبًا مصطلح العميل Client، بينما نجد الخدمة الاجتماعية الوقائية لا تستخدم هذا المصطلح لأنه يـــشير إلـــى النـــاس المشكلين – أي الذين يعانون بالفعل من المشكلات – وفي معظم الأحيان يطلبـــون المساعدة من الأخصائي الاجتماعي. بالإضافة إلـــى أن المـــصطلح لـــه مـــسحة علاجية[1].

بينما عند قراءة أدبيات الخدمة الاجتماعية الوقائية نجد أنها تـــستخدم مـــصطلحات أخرى مثل: وحدة العمل Work Unit أو الناس People أو السكان Population أو الأفراد والجماعات المعرضين للمخاطر أكثر من غيـــرهم Individuals and Group at High Risk أو المستهدفين Targets.

والخدمة الاجتماعية الوقائية – غالبًا – تهتم بكل الناس لمساعدتهم على الوقاية من المشكلات التي يمكن أن تواجههم في مختلف مجالات الحيـــاة الإنـــسانية. وإن كانت أيضًا موجهة بصفة خاصة إلى الأفراد والجماعات المعرضين أكثر للمخاطر نظرًا لكونهم أكثر عرضة للمشاكل من غيرهم، فالمسافة بينهم وبـــين المـــشكلات ضيقة، فهم غالبًا قاب قوسين أو أدنى من المشكلات. وبالتالي تعطى الأولوية فـــي العمل لهؤلاء الأفراد والجماعات.

وكلمة المخاطر Risk تعني الأحداث غير المرغوب فيها، والتي يترتب عنهـــا نتائج سلبية إذا حدثت[2]. بمعنى أن المخاطر هي مشكلات محتملة أو متوقعة، قـــد

تواجه الناس في مختلف مجالات الحياة، وتتطلب التحرك لعمل شيء ما لتجنبها.

ومن أمثلة هذه المخاطر نذكر: مخاطر الولادة، مخاطر الطريق، مخاطر العدوى من الأمراض، مخاطر التعرض للأمراض، مخاطر العمل والآلات، المخاطر المهنية، مخاطر المراهقة... وأغلب هذه المخاطر تكاد تكون معروفة ومتوقعة، ولابد من توفير الاحتياطات الواقية من هذه المخاطر حماية وصيانة للإنسان وللبيئة أيضًا.

ويقول روبرت باركر Robert Barker "إن السكان المعرضين للمخاطر هم الأفراد والجماعات الذين يبدو أنهم سيتعرضون لمخاطر ومشكلات أكثر من غيرهم، وذلك نتيجة لظروف بيئية أو اجتماعية أو طبية[3].. ويرى أحمد السنهوري أن السكان المعرضين للمخاطر أو للخطر هم الذين تكون فرصهم محدودة من الموارد، والمقهورين نتيجة الإجحاف والتمييز والتفرقة في المعاملة بينهم وبين غيرهم من الناس[4]..

ومن أمثلة هؤلاء الناس أو السكان: البدناء Overweight People والمدخنون Smokers؛ حيث إنهم عرضة أكثر إلى الأزمات القلبية، والأطفال الرضع Infants المولودون من أمهات يدخن السجائر أو يشربون الكحوليات أو مدمنات، فنجد أن هؤلاء الأطفال معرضون لمخاطر الولادة[5].

ويضيف مارتن بلوم Martin Bloom أمثلة أخرى على السكان المعرضين لمخاطر عالية مثل: الأطفال بصفة عامة والمراهقين وأعضاء جماعات الأقلية[6].

كذلك حاول أحمد السنهوري تحديد فئات السكان المعرضين للمخاطر كالتالي: النساء الفقراء، الأقليات العرقية، الشواذ من الرجال والنسا، المسنون، متحدو الإعاقة، الأطفال المهملون والمعرضون لسوء المعاملة، المشردون بلا مأوى[7].

هذا ويمكن إضافة أمثلة أخرى كالتالي: الأطفال الأيتام، الشباب، سائقي السيارات، المحيطين بالمرضى، عمال المصانع، الأطفال في أسر مفككة أو منحرفة، المرأة الحامل..

الشباب:

وفيما يلي مثال على إحدى الفئات المعرضة للمخاطر أكثر من غيرهم وهم الشباب. ولعل اختيار المؤلف لفئة الشباب Youth جاء من منطلق أنهم يمثلون قوة للمجتمع ككل، والحفاظ عليهم هو حفاظ للمجتمع ككل. ووقاية الشباب من المشكلات هو ضمان قوي لنصف الحاضر وكل المستقبل. وهم القوة والثروة الحقيقيتين لأي مجتمع.

والشباب هم أكثر الفئات العمرية حيوية ونشاطًا وقدرة على العمل والإنتاج، ولذلك فهم طاقة كبرى يجب المحافظة عليها واستثمارها بطريقة سليمة تكفل لهذه الشريحة البشرية الهامة المساهمة الإيجابية في كافة مجالات التنمية. وحتى يتحقق ذلك فيجب أولاً وقايته من المشكلات بكافة أنواعها حتى نوفر جهده ووقته وصحته.. ونؤمن له النمو والدراسة والعمل والقيادة دون معوقات تعوق مسيرة الشباب، بل أيضًا مسيرة المجتمع ككل. وذلك بدلاً من انتظار حدوث المشكلات للشباب ثم التحرك لمساعدتهم في علاجها.

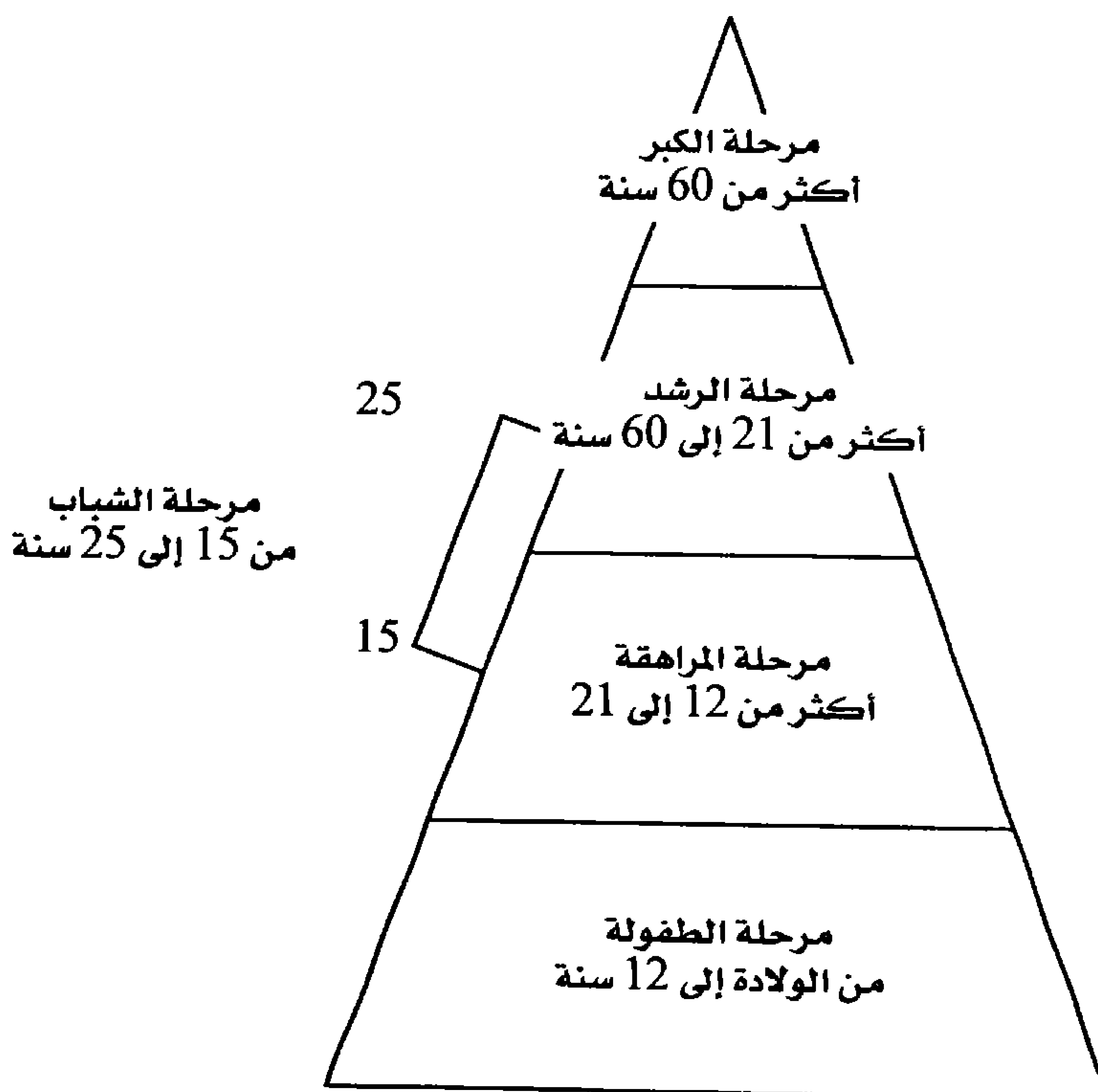
ولقد تعددت الآراء واختلفت بدرجات متقاربة حول تحديد مرحلة الشباب كإحدى مراحل النمو عند الإنسان؛ وذلك لتباين وجهات النظر واختلاف المقاييس المستخدمة في تحديد مراحل النمو عند الإنسان.

وبرغم هذه الاختلافات فإن معظم الآراء اتفقت على تحديد مرحلة الشباب كمرحلة عمرية مداها 10 سنوات تقع بين 15 سنة و 25 وفي حدود عامين أقل

أو أكثر حول نقطة البدء والانتهاء[8]. إلا أن هذا التحديد يختلف في بدايته ونهايته من فرد إلى آخر، ومن جنس إلى جنس، ومن ثقافة إلى أخرى. في ضوء هذا التحديد، فإنه يمكن أن نقول إن مرحلة الشباب تشمل كل مرحلة المراهقة تقريبًا وجزءًا من مرحلة الرشد. انظر الشكل رقم (4).

شكل رقم (4)

مراحل النمو عند الإنسان وموقع مرحلة الشباب منها[*]



وكأي مرحلة من مراحل النمو عند الإنسان، تتميز مرحلة الشباب بمجموعة من الخصائص. ولما كانت مرحلة الشباب تشمل كل أو معظم فترة المراهقة وجزءًا من فترة الرشد فإنها تتداخل مع هاتين المرحلتين وبالتالي تأخذ من خصائصهما.

ففي السنوات الأولى لمرحلة الشباب يمر الإنسان بتغيرات جسمية ونفسية وعقلية واجتماعية واضحة، فعلى سبيل المثال يبدأ جسم الإنسان بالتغير حجمًا وشكلاً وما يلبث أن يكتمل البناء العضوي والوظيفي للمكونات الأساسية لجسم الشباب، وتبدأ فترة البلوغ؛ حيث يكتمل النمو الجنسي لدى الشباب.

وفترة البلوغ هذه من أخطر الفترات التي يمر بها الشباب؛ حيث يتعرض فيها لإمكانية الانحراف؛ إذ إن هذه الفترة تتميز بقوة الانفعالات واضطرابها لدى الشباب وتزايد احتياجاته ورغباته والبحث عن إشباع هذه الحاجات والرغبات مثل إشباع الحاجة إلى الحب، والتقبل الاجتماعي، وتحقيق الذات، وإشباع الرغبة في الاستقلال والتخلص من التبرعية.

ومن بلوغ سن العشرين تقريبًا يزداد الإدراك والتركيز لدى الشاب ويتوقف نمو الذكاء. وما إن يبدأ الشاب الدخول في مرحلة الرشد حتى يبدأ في اكتساب صفات جديدة فيبدأ في التخلي عن الذاتية وإحلال الموضوعية محلها بشكل واضح. كما ينتقل الشاب في هذه المرحلة من حالة عدم الاستقرار النسبي إلى بدايات الاستقرار والسيطرة على العواطف والانفعالات بشكل أكبر.

كما يبدأ في التحول من حب الذات والآخرين إلى الاهتمام والعناية بالذات والآخرين. ويبدأ تدريجيًا في تحمل المسؤولية والاستعداد للقيام بأدوار الحياة المختلفة، وغالبًا يكون الشاب في هذه المرحلة من العمر قد انتهى من الحياة

الدراسية ودخل حياة العمل، وبدأ يفكر جديًا في عدم الاكتفاء بمجرد الانتماء إلى أسرة التوجيه Family of Orientation (وهي الأسرة التي ولد ونشأ فيها) والانتقال إلى تكوين أسرة خاصة به هي أسرة الإنجاب Family of Procreation[(9)].

مواقف الحياة Life Situations:

الحياة مليئة بمواقف الشدة والقلق والتوتر والضغوط والأزمات والمشكلات.. التي تواجه الإنسان في حياته اليومية، وتمثل بالنسبة له تهديدًا لذاته وأمنه واستقراره وتحقيق أهدافه.. وهذه المواقف هي نتاج لعوامل مختلفة تتصل بماضي الأفراد وواقعهم وطموحاتهم المستقبلية.

وتختلف هذه المواقف من شخص لآخر، بل ولنفس الشخص من مرحلة نمو لأخرى. أيضًا تختلف هذه المواقف من جماعة لأخرى ومن ثقافة لأخرى ومن مجتمع لآخر بل ومن زمن لآخر. والإنسان غالبًا ما يواجه هذه المواقف، ويتحرك إما لوقاية نفسه منها، أو لمواجهتها بهدف المحافظة على بقائه وتحقيق سعادته وطموحاته في الحياة.

إن وجود هذه المواقف في حياة الإنسان مسألة يومية وعادية وشائعة، تفرزها طبيعة التفاعلات الاجتماعية بين الناس، وطبيعة الأنظمة والقوانين ومناخ الدراسة أو العمل...، والنتائج لا تكون سلبية إلاَّ في حدود عدم نجاح الأفراد في التعامل مع مسببات هذه المواقف أو الإخفاق في التوافق مع المعطيات الجديدة.

وقد أثبتت الدراسات النفسية والاجتماعية أن لدى الإنسان فطريًا إلى الحفاظ على أفكاره ومشاعره وعلاقاته بمحيطه في حالة مستقرة، وإذا حدث أي خلل في

التوازن النفسي الاجتماعي نتيجة لمواقف الشدة والقلق والتوتر والضغوط...، فإنه يثار لدى الإنسان دافعية محاولة استعادة الشعور بالارتياح، فيتحرك لمواجهة هذه المواقف، فإذا حقق نجاحًا في ذلك، تم استرجاع التوازن، وإذا أخفق في ذلك، استمر عدم التوازن وعدم الاستقرار وزادت حدة الموقف؛ مما يتطلب معه محاولة أخرى من جانب الإنسان[10].

هذا ويمارس الإنسان عدة أساليب لمواجهة هذه المواقف، نذكر منها:

1- انتظار حدوث هذه المواقف ثم التحرك لمواجهتها Coping.

2- الهروب Scaping من مواجهة هذه المواقف، أو ما يطلق عليه أحيانًا ممارس السلوك الانسحابي.

3- القبول Acceptance لهذه المواقف والاستسلام للأمر الواقع، وعدم التحرك لمواجهتها.

4- الإنكار Denial لهذه المواقف، مع حقيقة وجودها، والمبكر هو الشخص الذي يحجب الحقيقة غير المرغوب فيها، ولا يستطيع تقبل ما تدله عليه حواسه. وإذا استمر على موقفه فإنه عندما يلتقي بالحقيقة فإنها تمثل بالنسبة له أزمة، وليس على شكل مجموعة من المشكلات البسيطة القابلة للحل.

5- القفز إلى الحل Jumping to the Solution بمعنى مواجهة هذه المواقف بدون دراسة وتحليل وتخطيط، بل الانتقال من مرحلة إدراك هذه المواقف إلى مرحلة المواجهة لها.

6- العمل على تجنب الوقوع في هذه المواقف (الوقاية Prevention).

7- الأسلوب العلمي Scientifice Way of Coping: بمعني مواجهة هذه المواقف بالوقاية منها أولاً ثم إذا حدثت بالعلاج ثانيًا. على أن تكون المواجهة

مستندة على المنهج العلمي، وتمر بمراحل الدراسة والتخطيط والتنفيذ والتقويم بشكل سليم.

والإنسان غالبًا يستخدم أكثر من أسلوب واحد في التعامل مع هذه المواقف؛ حيث يتجه الإنسان إلى اختيار اثنين أو أكثر من هذه الأساليب ليضع منظومته الخاصة للتعامل مع هذه المواقف.

والأخصائي الاجتماعي يحاول أن يساعد الناس على تعلم وممارسة الأساليب الإيجابية في مواجهة هذه المواقف Practicing Positive Coping والمتمثلة بالأخص في الأسلوبين الأخيرين. هذا وسيتم شرح كيفية تجنب الوقوع في هذه المواقف أو الوقاية منها عند شرح محاور ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية (انظر الفصل السادس).

ثانيًا: أهداف الخدمة الاجتماعية الوقائية:

بالإضافة إلى الأهداف الوقائية للخدمة الاجتماعية التي تم ذكرها في الفصل الأول، فإنه يمكن تحديد أهداف الخدمة الاجتماعية الوقائية في التالي:

1- مساعدة الناس على الوقاية من الوقوع في المشكلات بصفة عامة والمشكلات الاجتماعية بصفة خاصة.

2- غرس الأهداف الاجتماعية الموجبة لدى الناس والتي تجعل حياتهم أفضل وأحسن.

3- مساعدة الناس على زيادة قدراتهم وتزويدهم بالمهارات والخبرات التي تجعلهم يقوا أنفسهم من المشكلات.

4- إقامة برامج الحفاظ على مناطق القوة لدى الناس.

5- العمل على زيادة الجوانب المسهلة في البيئة والمشجعة للناس والتي توفر لهم فرص حياة أفضل.

6- العمل على تقليل الضغوط البيئية والعوامل غير المشجعة للناس ومواقف القلق الزائد ومواقف الشدة والأزمات.

7- تقديم برامج إشباع الحاجات المشروعة بمعناها العام مثل: برامج التأمينات الاجتماعية والضمان الاجتماعي وبرامج التشغيل والإسكان والترويح الهادف المشروع.

8- مساعدة الناس على تغيير الاتجاهات والعادات الشخصية حتى يصبح مفهوم الوقاية جزءًا أساسيًا في حياة كل شخص وكل جماعة وكل منظمة وكل مجتمع.

9- تدعيم الاتجاهات والسلوكيات الموجبة المتعلقة بالوقاية لدى الناس(11).

هذا وتقدم الخدمة الاجتماعية الوقائية العديد من الخدمات الوقائية (Preventive Services) لتحقيق هذه الأهداف. وهذه الخدمات المفروض أنها متاحة للناس الذين لم يقعوا في براثن المشكلات، أيضًا هذه الخدمات تتجه للفرد والبيئة. فهي للفرد تحاول أن تعلمه – على سبيل المثال – مهارات جديدة مثل (مهارة الاكتشاف المبكر للمشكلات، مهارة إدارة الوقت، مهارة التعامل الهادئ مع مواقف الشدة والقلق والضغوط...) لتحقيق أهدافه وحماية حياته من المشكلات والأمراض... وبالنسبة للبيئة، فهذه الخدمات تهدف إلى تعديل البيئة لكي تصبح أقل ضغطًا وأكثر تدعيمًا وحفزًا للأفراد وللجماعات وللمنظمات. فعلى سبيل المثال هناك برامج لتعليم الوالدين كيف يتعاملون مع ابنهم المراهق، وبرامج السلامة المهنية لتجنيب العمال مخاطر العمل (مخاطر الآلات والمعدات ومشاكل الإضاءة والتهوية..).

ثالثًا: مقومات نجاح الخدمة الاجتماعية الوقائية:

يمكن تحديد بعض مقومات نجاح برامج وأنشطة الخدمة الاجتماعية الوقائية كالتالي:

1- المعرفة Knowledge الصحيحة بالمشكلات المتنبأ بها.

2- المعرفة الصحيحة للأزمات Crisis التي يمكن أن يمر بها الإنسان في مراحل الحياة أو النمو المختلفة.

3- التنبؤ Prediction الدقيق والعلمي لهذه المشكلات والأزمات.

4- المعرفة الصحيحة للأفراد وللجماعات المعرضين للمخاطر أكثر من غيرهم People at High Risk.

5- الاقتناع Persuasion بأهمية الوقاية من المشكلات، وأنها ذات تكلفة أقل من علاجها.

6- يجب أن تكون هناك سياسة Policy مكتوبة وواضحة للوقاية من المشكلات، وأن تكون أهداف السياسة قابلة للتطبيق وموضوعة في ضوء نتائج الدراسات والبحوث العلمية الأصلية.

7- التخطيط Planning السليم للبرامج الوقائية.

8- يجب أن توضع البرامج الوقائية من قبل المهنيين المتخصصين وبأسلوب فريق العمل.

9- إشراك الناس Citizens Participation في جميع مراحل العمل الوقائي.

10- تخصيص الموارد Resources الكافية لتنفيذ البرامج والمشروعات الوقائية.

11- صفة الاستمرارية لبرامج الوقاية.

12- يجب أن يكون هناك تخصيص في برامج الوقاية بحيث أن يكون هناك برامج مناسبة لكل فئة من فئات المجتمع.

13- الوقاية مسؤولية الجميع، فهي مسؤولية مشتركة لجميع الوحدات الإنسانية في المجتمع، فهي التزام فردي ومسؤولية جماعية، فهي على سبيل المثال مسؤولية الأسرة والمدرسة والمسجد ووسائل الاتصال الجماهيري والمجتمع ككل. وهي أيضًا مسؤولية الحكومة والأهالي معًا. كما أنها مسؤولية جميع الوزارات، وليست مسؤولية وزارة واحدة.

14- تشجيع قيام جمعيات أهلية (ذات نفع عام) تعمل في مجال الوقاية من المشكلات في مختلف المجالات.

15- أهمية التقويم Evaluation – بما يشمله من عمليات المتابعة والتقييم والتغذية العكسية – للبرامج الوقائية بهدف زيادة كفاءة وفعالية هذه البرامج.

16- يجب مراعاة قواعد الدين الإسلامي الحنيف والأصالة العربية عند وضع وتنفيذ وتقويم البرامج الوقائية.

وسوف نتناول بالشرح بعض هذه المقومات كمثال:

1- التخطيط السليم للبرامج الوقائية:

إن التخطيط Planning أداة لتدعيم الوقاية، وهو المدخل الحتمي في عمليات الوقاية والعلاج في العصر الراهن. وبدون تخطيط فإنه لا يمكن تحقيق الوقاية والعلاج من المشكلات. وبدون التخطيط أيضًا ستكون النتيجة: العمل العشوائي ومزيد من المشكلات، والكثير من التضحيات، والضياعات للموارد بكافة أنواعها، وهذا بلا شك سيؤثر سلبًا على المجتمع ومسيرته في التنمية.

والتخطيط هو أسلوب في التنظيم يهدف إلى استخدام الموارد بصورة رشيدة Rational وفقًا لأهداف محددة. وهو عملية تتضمن العديد من المراحل، منها – على سبيل المثال – تحديد الحاجات والمشكلات، تحديد الموارد، ترتيب الحاجات والمشكلات حسب أهميتها ودرجة تأثيرها (الأولويات)، وضع الخطط التي تتضمن مجموعة من البرامج والمشروعات، تنفيذ هذه الخطط بما يحقق إشباع الحاجات والوقاية من العلاج للمشكلات فى ضوء الموارد المتاحة والممكنة، ثم تجيء مرحلة التقويم (المتابعة والتقييم والتقويم والتغذية العكسية).

وببساطة فإن التخطيط يقصد به عملية وضع خطة يسير عليها الفرد/ الجماعة/ المنظمة/ المجتمع خلال فترة معينة بقصد تحقيق أهداف محددة[12].

ويضيف ألفرد كان Alfred kahn بعدًا آخر للتخطيط فيعرفه على أنه: "عملية اختيار السياسة والبرمجة في ضوء الحقائق والتصورات الديناميـة لموضوع التخطيط (طبيعي / اجتماعي/ اقتصادي) مع مراعاة قيم المجتمع وذلك لتحقيق أهداف محددة"[13].

أيضًا عرّف جلبرت وسبكت Gilbert & Spect التخطيط على أنه "المحاولة الواعية لحل المشكلات، التحكم في مسار أحداث المستقبل من خلال البصيرة والتنبؤ، والتفكير المنظم والاستقصاء، على أن يؤخذ في الاعتبار عنصر القيم عند الاختيار من بين البدائل[14].

أخيرًا، عرّف إم ريتشارد M. Richard التخطيط بأنه: "عملية عقلية، للموائمة بين الموارد والاحتياجات، واختيار أفضل مسار للفعل من بين مسارات بديلة، ووضع ذلك في شكل خطة وميزانية لتحقيق أهداف محددة في المستقبل"[15].

إن التخطيط عملية تتضمن توقع الأحداث المستقبلية والعمل على الاستعداد لها، وبالتالي يكون عنصر الزمن Time في صالحنا، وذلك بدلاً من اتباع أسلوب الانتظار والملاحظة والذي يكون فيه عنصر الزمن في صالح المشكلات. ولا شك أن الأسلوب الأول يقلل من التضحيات إلى أقل قدر ممكن ويتيح استخدامًا أفضل للموارد[16].

أيضًا تتمثل أهمية التخطيط للوقاية من المشكلات، في أنه يعتبر المدخل الأمثل لمواجهة المشكلات، نظرًا لأنه يحقق الآتي:

1- التقليل من عنصر المفاجأة وتخفيض عنصر عدم التأكد Uncertainly.

2- التأثير في العوامل المؤدية للمشكلات.

3- توفير الأساس الموضوعي العادل لتقييم الأداء المتعلق بمواجهة المشكلات.

4- تنسيق جهود مواجهة المشكلات.

5- تحديد الاحتياجات بصورة دقيقة.

6- ترشيد الجهود المبذولة.

7- ترشيد استخدام الموارد المتاحة والممكنة والمحتملة.

8- تدعيم ثقة المهنيين في أنفسهم في عملية مساعدة الناس على الوقاية من المشكلات أو علاجها.

2- تخصيص الموارد الكافية لتنفيذ البرامج والمشروعات الوقائية:

إذا أردنا تحقيق هدف ما، فلابد من توفير الموارد لتحقيقه. والأهداف قد تكون إشباع إحدى الحاجات أو الوقاية من مشكلة أو علاج لها.

الموارد Resources لغويًا هي المصادر Sources أو الوسائل Means أو الثروة Wealth. ومورد هي مفرد موارد. والمورد هو المكان الذي يأتي الناس إليه للحصول على شيء يحقق نفعًا لهم.

ولقد أعتيد استخدام مصطلح الموارد للإشارة إلى الأصول المادية التي تحقق ثروة أو إيرادات، إلا أن المصطلح تطور واتسع ليشمل أيضًا الموارد البشرية والتي يمكن أن تحقق ثروة أو إيرادات في حالة توافر المعارف والاتجاهات والمهارات المطلوبة في هذه الموارد.

بمعنى أن المورد قد يكون مصدرًا ماديًا أو معنويًا، وإذا تم استخدامه بطريقة فعالة فإنه يحقق منفعة ما[17].

ويعرف ماكس سيبرون Max Siporin المورد بأنه: "أي شيء له قيمة ويمكن استخدامه، وهو إما أن يكون متاحًا أو غير متاح، ويتطلب بعض الجهد لجعله متاحًا. ويستطيع الإنسان أن يستفيد منه ويجعله أداة يمكن استخدامها لتأدية وظيفة أو لإشباع حاجة أو لحل مشكلة"[18].

هذا وهناك تصنيفات عديد لأنواع الموارد، نذكر منها الآتي:

التصنيف الأول:

ويقسّم الموارد إلى أربعة أنواع هي:

1- الموارد البشرية Human.

2- الموارد المادية Material.

3- الموارد المالية Financial.

4- الموارد التنظيمية Organizational.

التصنيف الثاني:

يصنف باك Bake الموارد في شكل عناصر الإنتاج كالتالي[19]:

1- الناس People.

2- المواد Materials.

3- رأس المال Capital.

4- الطبيعة Nature.

5- الأفكار واللغة Ideas & Language.

التصنيف الثالث:

وهو متشابه مع التصنيف السابق، ويحدد أنواع الموارد كالتالي:

1- الإنسان Man.

2- المعرفة/ المعلومات Knowledge / Information.

3- الوقت Time.

4- الأدوات Tools.

التصنيف الرابع:

ويقسم الموارد إلى:

1- موارد متاحة Available.

2- موارد ممكنة Possible.

3- موارد محتملة Potential.

والموارد الممكنة والمحتملة تحتاج إلى الوقت والجهد والتكاليف لتحويلها إلى متاحة.

التصنيف الخامس:

ويقسم الموارد إلى نوعين هما:

1- موارد داخلية Internal.

2- موارد خارجية External.

فعلى سبيل المثال: الموارد المتاحة داخل المنظمة تعتبر موارد داخليـة، بينما الموارد المتاحة خارج المنظمة تعتبر موارد خارِجية. أيـضًا المـوارد المتاحة داخل الدولة هي موارد داخلية، بينما الموارد المتاحة خارج الدولـة تعتبر موارد خارجية.

والموارد – غالبًا – توصف بخاصية الندرة Scarcity؛ بمعنى أن المـوارد غير كافية Insufficient ومحدودة Limited. وهذا يـشير إلـى أن المـوارد المتاحة من حيث الكم والنوعية أقل من حجم ونوعية احتياجات المجتمع.

والندرة مسألة نسبية؛ بمعنى أنها ظاهرة يعاني منها كل مجتمع وكل فرد، إلاَّ أن درجة المعاناة ليست واحدة. وهذا يعني أن حجـم الظـاهرة وحـدّتها يختلفان من مجتمع لآخر ومن فرد لفرد. وترجع هذه النـسبية إلـى طبيعـة المورد ذاته ومدى أهميته للحياة الإنسانية، فهل هو أساسـي لهـذه الحيـاة أو يمكن الاستغناء عنه؟ أم أن أهميته ثانوية؟ أم أنه مسألة كمالية؟ وما مدى إمكانية استبداله بمورد آخر[20].

ونظرًا لاتصاف الموارد بالندرة، فكان لابد من الترشيد في اسـتخدامها، حفاظًا على هذه الموارد من سوء الاستخدام أو الإسراف والتبذير فيها.

والترشيد Streamlining or Rationalization من الفعل رشد ويرشد والرشاد، بمعنى أصاب الطريق السليم أو وفق في الأمر. والترشيد نقـيض

الغبن (الظلم) والضلال. ويقال أيضًا ترشيد أي حسن التقدير والاستقامة على طريق الصواب والحق، وترشيد الإنفاق أي حسن القيام على المال وتوجيهه في خير سبيل؛ أي إن ترشيد الإنفاق هو القصد والاعتدال فيه وعدم الإسراف والتبذير. أيضًا مفهوم الترشيد يتضمن الاعتدال في الاستهلاك والاستخدام السليم للموارد[24].

ويقول الله تعالى: ﴿ وَلَا تُسْرِفُوٓاْ ۚ إِنَّهُۥ لَا يُحِبُّ ٱلْمُسْرِفِينَ ﴾ [سورة الأعراف، الآية 31].

و﴿ وَلَا تُبَذِّرْ تَبْذِيرًا ﴿٢٦﴾ إِنَّ ٱلْمُبَذِّرِينَ كَانُوٓاْ إِخْوَٰنَ ٱلشَّيَٰطِينِ ۖ وَكَانَ ٱلشَّيْطَٰنُ لِرَبِّهِۦ كَفُورًا ﴿٢٧﴾ ﴾ [سورة الإسراء، الآية 26، 27].

و﴿ وَلَا تَجْعَلْ يَدَكَ مَغْلُولَةً إِلَىٰ عُنُقِكَ وَلَا تَبْسُطْهَا كُلَّ ٱلْبَسْطِ فَتَقْعُدَ مَلُومًا مَّحْسُورًا ﴿٢٩﴾ ﴾ [سورة الإسراء، الآية 29][25].

هذا ويمكن تحديد مفهوم الترشيد في النقاط التالية[26]:

1- حسن استخدام الموارد أو الاستخدام السليم لها.

2- استخدام الموارد لتحقيق الأهداف المخصصة لها.

3- أهمية التخطيط في عملية ترشيد الموارد، وذلك من خلال توزيع الموارد على الأهداف والبرامج والقطاعات والفئات والمناطق بشكل عادل.

4- أهمية أن تكون المخرجات Outputs أكبر من المدخلات Inputs حتى تتحقق الكفاءة Efficiency.

5- استجابة المخرجات لاحتياجات المنظمة والبيئة المحيطة حتى تتحقق الفعالية Effectiveness[1].

الخدمة الاجتماعية الوقائية والموارد:

بلا شك لن تكون هناك أية قيمة أو جدوى لما تقدمه الخدمة الاجتماعية من خدمات في أي ميدان من ميادين الرعاية الاجتماعية إذا لم تتوفر لديها الموارد التي يستعان بها في مساعدة الناس على إشباع الحاجات والوقاية من المشكلات أو علاجها..

وغالبًا ما نجد أن الموارد المخصصة لبرامج الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية غير كافية Insufficient أو تتصف بالندرة، وهذا يستدعي ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية نظرًا لأن تكاليف Costs برامجها قليلة، إذا قورنت بتكاليف برامج الخدمة الاجتماعية العلاجية.

أيضًا تساهم الخدمة الاجتماعية الوقائية في تحقيق كفاءة استخدام الموارد، بحكم أن تكاليف برامجها أقل بكثير من العائد Outcome الناتج عنها (انظر الفصل الثاني).

أخيرًا فإن الخدمة الاجتماعية الوقائية تساهم في ترشيد استخدام الموارد، بحكم أن الوقاية من المشكلات تحتاج إلى وقت وجهد وتكاليف أقل من علاجها. أيضًا الوقاية تحافظ على قدرات وموارد ووقت وجهد الناس، بدلاً من ضياع هذه الإمكانات عند الوقوع فريسة للمشكلات.

3- تقويم البرامج الوقائية:

من مقومات نجاح البرامج الوقائية الحالية والمستقبلية إجراء التقويم السليم والعلمي والدوري والنهائي لهذه البرامج؛ وذلك بهدف الوقوف على مدى تحقيق هذه البرامج لأهدافها، ومحاولة زيادة كفاءة وفعالية هذه البرامج،

بل والاستفادة من خبرات العمل الحالية عند وضع البرامج المستقبلية. ومن عناصر التقويم السليم نذكر:

(أ) **إجراء المتابعة Following Up**: بشكل دوري ومستمر للتأكد من أن الذي يتم تنفيذه من برامج متفق مع ما هو موضوع في خطة العمل الوقائي.

(ب) **إجراء التقييم Assessment**: للبرامج الوقائية لتحديد إيجابيات وسلبيات هذه البرامج أو لتحديد مناطق القوة والضعف لهذه البرامج.

(ت) **إجراء التقويم Evaluation**: لتدعيم الإيجابيات ومناطق القوة في البرامج الوقائية، والتغلب على السلبيات ومناطق الضعف في هذه البرامج، مع الاستفادة من هذه العملية في تخطيط وتنفيذ وتطوير البرامج التدريبية المستقبلية أو ما يسمى بالتغذية العكسية أو المرتدة (Feedback).

ويستخدم الأخصائي الاجتماعي الوقائي عدة أدوات Tools في تحقيق التقويم نذكر منها: الملاحظة، والمقارنة، والاستبيانات، واستطلاعات رأي المجموعة المستهدفة في البرنامج الوقائي، الرجوع إلى الملفات والسجلات، المقاييس.

مراجع الفصل الخامس

1) **See**: Medhat M. Abo El Nasr: "The Client Term In the Social Work Profession", **International Social Work Journal**, Vo, 32, 1989. PP. 311-313

2) International Labour Office**: Prevention of Major Industrial Accidents** (Geneva: ILO, 1991) P.5.

3) Robert Barker: **The Social Work Dictionary** (Silver Spring, Maryland: N.A.S.W, 1994). 12.

4) أحمد محمد السنهوري: **موسوعة منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية**، الجزء الرابع (القاهرة: دار النهضة العربية، 2007) ص 25.

5) Robert Barker**: Op.Cit.,** PP. 12-13.

6) Martin Bloom: "Prevention", **Encyclopedia of Social Work,** Silver Spring, Maryiand: N.A.S.W., Vol. 2, 18th ed., 1987, PP. 304.

7) أحمد محمد السنهوري: **موسوعة منهج الممارسة العامة المتقدمة للخدمة الاجتماعية**، مرجع سبق ذكره، ص ص 25-36.

8) أحمد محمد السنهوري: "المفاهيم الأساسية في ميدان رعاية الشباب"، في أحمد محمد السنهوري وآخرون: **الخدمة الاجتماعية مع الشباب** (القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 1994)، ص45.

9) مدحت محمد أبو النصر وسعد عبد الله الكبيسي: "وقاية الشباب من المشكلات"، **الندوة العلمية: واقع الشباب في الإمارات**، جمعية الاجتماعيين، الشارقة: 18 إبريل 1996، ص2.

10) **انظر:** أحمد عبد العزيز النجار: **الإجهاد النفسي وضغوط العمل** (أبو ظبي: مركز البحوث والدراسات الأمنية والاجتماعية، الإدارة العامة لشرطة أبو ظبي، 1994) ص9-11.

11) **See:**

- Martin Bloom: "Prevention", **Op. Cit.,** PP. 304-307.
- Martin Bloom: **Primary Prevention, The Possible Science** (N.J.: Prentice Hall, Inc., 1991) PP. 103 – 104; PP. 107-110.
- C. Coulton: "Factors Related to Preventive Health Behavior: Implications for Social Work Intervention", **Social Work in Health Care,** Vol. 3, PP. 297 – 310.
- Robert Barker: **OP. Cit.,** PP. 124-125.
- Neil F. Bracht: "Prevention Health Care Wellness", **Encyclopedia of Social Work,** Op. Cit., PP. 315-316.
- J. Morton & R. Jackson (eds.): **Social Factors in Prevention, Public Health, Social Work Monograhp** (Berkeley, Calif.: School of Public Health, Univ, of California, 1979).

12) مدحت محمد أبو النصر: "التخطيط في مجال رعاية الشباب"، في أحمد محمد السنهوري وآخرون: **الخدمة الاجتماعية مع الشباب** (القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع، 1993) ص305-306.

13) Alfred J. Kahn: **Theory and Practice of Social Planning** (N.Y.: Russel Sage Foundation, 1969P. 15, p. 17.

14) Neil Gilbert & Harry Specht: **Planning for Social Welfare, Issus, Models and Tasks** (N.J: Prentice-Hall, Inc., 1977) P. 1.

- M. Richards: **Setting Strategic Goals and Objectives** (St. Paul, Minn.: est Publsihing 1986) PP. 2-3.

15) انظر: جاسم محمد المشغوني وآخرون: "التخطيط لمواجهة الجريمة"، **مجلة الفكر الشرطي**، المجلد الأول، العدد الأول، يوليو 1992، ص 149-157.

صبري الربيحات: "مشاركة المواطن في العمل التطوعي الاجتماعي والوقاية من الجريمة والانحراف"، في **دور المواطن من الوقاية من الجريمة والانحراف** (الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، 1414هـ) ص191 - 192.

16) مدحت محمد أبو النصر: **الاتجاهات المعاصرة في إدارة وتنمية الموارد البشرية** (القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2007).

17) Max Siporin: **Introduction to Social Work** (N.Y.: Macmillan Publiciation Co., Inc, 1972) P. 22.

18) E. W. Bake: "Concept of the Social Organization", in M. Haire (ed). **Modern Organization Theory** (N.Y.: Wiley, 1959) P. 37; P. 44.

19) نادية زغلول: "الإدارة والمجتمع"، في الفاروق بسيوني وآخرون: **الإدارة الاجتماعية** (القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1992) ص10.

20) الإمام أبو الفضل جمال الدين محمد بن مكرم: **لسان العرب** (بيروت: ج3، 1980) ص175.

21) حسن سعيد الكرمي: **الهادي للغة العرب** (بيروت: دار لبنان للطباعة والنشر ج2، 1991) ص168.

22) مجمع اللغة العربية: **المعجم الوجيز** (القاهرة: دار التحرير للطبع والنشر، 1980) ص265.

23) منير البعلبكي: **قاموس المورد إنجليزي/ عربي** (بيروت: دار العلم للملايين، 2007) ص760.

24) **القرآن الكريم**.

25) مدحت محمد أبو النصر: "ترشيد العملية التدريبية، المفهوم والمحاور"، **مجلة الإدارة** المجلد 28، العدد الثاني، أكتوبر 1995، ص28-29.

26) Thomas S. Bateman & Carl P. Zeithaml: **Management** (Boston: IRWIN, 1990) P. 760.

27) **Loc., Cit.**

الفصل السادس: محاور ومراحل وأدوات ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية

أولاً: محاور ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية.

ثانيًا: مراحل ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية.

ثالثًا: أدوات/ وسائل ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية.

رابعًا: التأمينات الاجتماعية كأحد مداخل الرعاية الاجتماعية في مصر.

مراجع الفصل السادس.

الفصل السادس

محاور ومراحل وأدوات

ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية

أولاً: محاور ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية:

إن الوقاية عملية معقدة ومتعددة الأبعاد ومتشابة الجوانب، ولها محاور عديدة لتحقيقها، نذكر منها الآتي:

1- مساعدة الناس أو وحدة العمل على: الإشباع المناسب للاحتياجات المشروعة.

2- الانتقال من مرحلة نمو إلى أخرى بسلام دون أزمات (أزمات الحياة Life Crisis).

3- تعلم وتعليم السلوكيات الإيجابية المتعلقة بالوقاية (السلوكيات الوقائية Preventive Behaviours).

4- تقليل ضغوط الحياة Life Stress.

5- تخفيف التوتر Tension Reduction.

6- تلافي القلق الزائد ومواقف الشدة.

7- اكتساب مهارات الحياة Life Skills مثل: مهارات إدارة الوقت ومهارات الاتصال الفعال ومهارات التفكير المنطقي والنقدي.

8- اكتساب مهارات تجنب المشكلات، مثل: مهارات الاكتشاف المبكر للمشكلات، مهارات التعرف على استجابة الإنذار، مهارات التدخل المبكر لمواجهة المشكلات في بدايتها.

وسوف نتناول بشيء من التفصيل بعض هذه المحاور على سبيل المثال:

الإشباع المناسب لاحتياجات الإنسان المشروعة:

الحاجة Need هي وضع طبيعي وميل فطري يدفع الإنسان إلى تحقيق غاية ما داخلية أو خارجية شعورية أو لا شعورية[1]. ويعرّفها ميشيل مان Michael Mann بأنها رغبة أو مطلب أساسي لدى الفرد يريد أن يحققه لكي يحافظ على بقائه وتفاعله مع المجتمع وقيامه بأدواره الاجتماعية[2].

إن إشباع الحاجات لدى الإنسان بلا شك سيؤدي إلى الحفاظ على النفس البشرية وبقائها ووقايتها من الأمراض والمشكلات. وفي المقابل فإن عدم إشباع الحاجات لدى الإنسان سيؤدي به إلى الاضطرابات والأمراض والمشكلات.

فعلى سبيل المثال يقول ماسلو Maslow إن عدم إشباع الحاجات الفسيولوجية سيؤدي إلى اضطرابات أو أمراض عضوية Organic Sikness، وعدم إشباع الحاجات النفسية والاجتماعية (مثل الحاجة إلى تحقيق الذات) يؤدي إلى ظهور اضطرابات روحية Soul Sikness[3].

ومن أهداف الخدمة الاجتماعية الوقائية مساعدة الناس على إشباع حاجاتهم المشروعة بطريقة علمية ومنظمة ومناسبة وسليمة. والنتيجة المترتبة على ذلك هي وقاية هؤلاء الناس من الأمراض والمشكلات.

هذا وتقوم مهمة الخدمة الاجتماعية بالمشاركة في تقديم برامج عديدة لإشباع الاحتياجات المشروعة لدى الإنسان، مثل: برامج التأمينات الاجتماعية والضمان الاجتماعي وبرامج التشغيل والإسكان والترويح الهادف..

ولإشباع الحاجات الإنسانية لابد من توفر ثلاثة شروط، تعمل الخدمة الاجتماعية الوقائية على توفيرها والمساهمة في تحقيقها، هذه الشروط هي:

1- الحرية Freedom:

ونعني بالحرية أن الإنسان يستطيع أن يفعل ما يريد دون أن يضر بنفسه وبالآخرين. فالإنسان لابد أن تتوفر لديه – على سبيل المثال – حرية التحدث وحرية التعبير عن نفسه وحرية القيام بعمل ما وحرية البحث عن المعرفة والحصول عليها وحرية الدفاع عن نفسه..

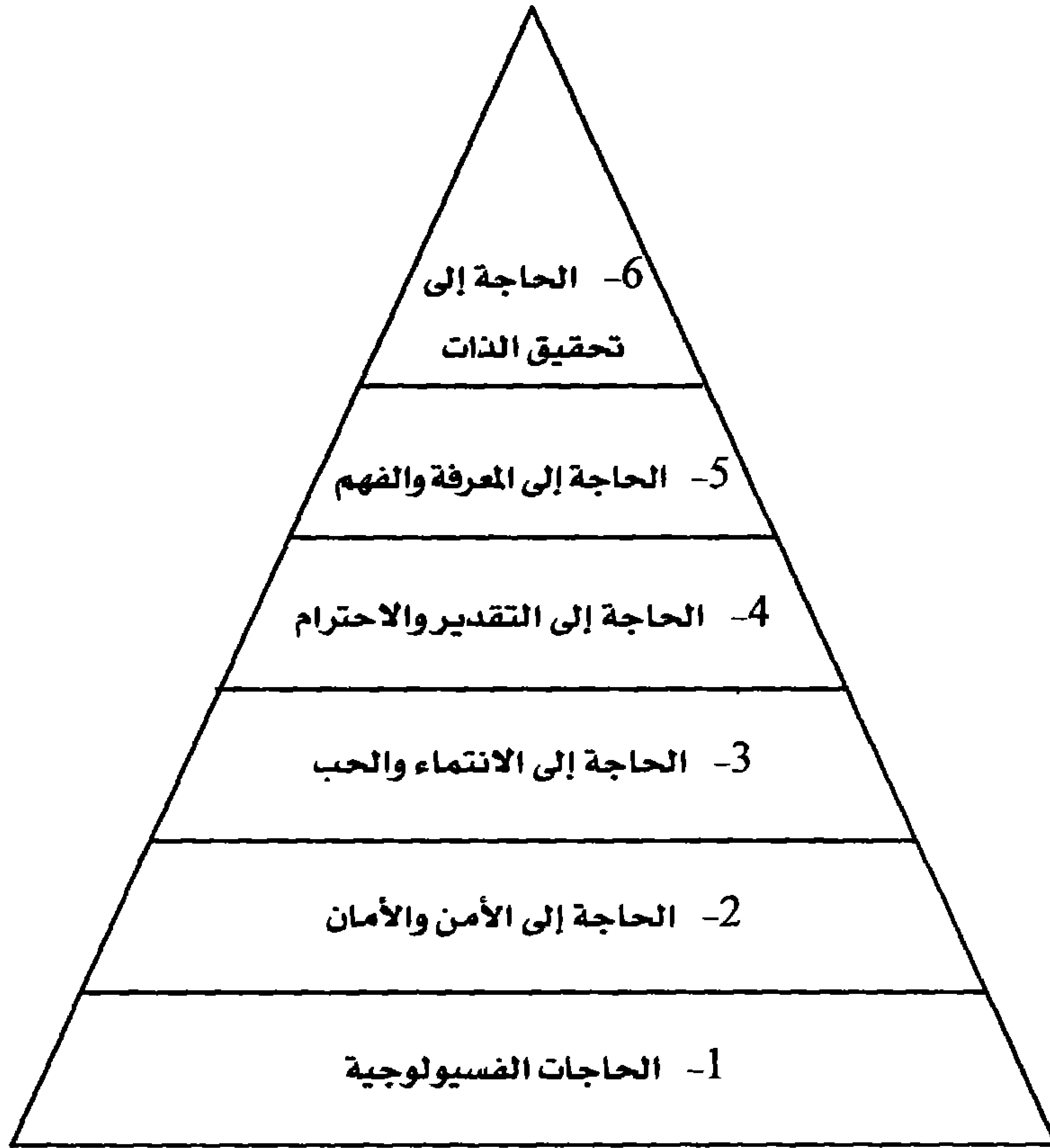
2- المعرفة Knowledge:

إن وجود أي خلل يعرقل عملية البحث عن المعرفة والحصول عليها واستخدامها، سيؤدي – بلا شك – إلى خطر جسيم يهدد محاولات الإنسان في إشباع حاجاته(4).

3- الموارد Resources:

هناك علاقة وثيقة بين الحاجات والموارد؛ فبدون الموارد لا يمكن إشباع الحاجات. وفي ضوء ندرة الموارد في كثير من الأحيان، فإن إشباع الحاجات لن يصل إلى المستوى المطلوب، أو أنه سيتم إشباع بعض الحاجات وترك بعض الحاجات الأخرى.

هذا ولقد قسم ماسلو Maslow الحاجات الإنسانية في شكل هرمي Needs Hierarachy إلى خمسة أنواع كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم (5):

هرم الاحتياجات الإنسانية كما حددها ماسلو

ولكنه في كتاباته الأخيرة أضاف الحاجة إلى المعرفة والفهم ووضعها من حيث الأهمية بعد الحاجة إلى التقدير والاحترام وقبل الحاجة إلى تحقيق الذات؛ وذلك لأن الإنسان إذا فشل في إشباع حاجته إلى المعرفة والفهم فإن النتيجة المتوقعة هي أنه سوف تكون له شخصية فقيرة في معارفها وقد يؤدي ذلك إلى عدم الاهتمام بالحياة، أو قد تصبح الحياة غير ذات معنى في نظر هذا الإنسان. وفي حالات كثيرة قد

يكون من المستحيل على الإنسان الذي فشل في إشباع حاجة المعرفة والفهم أن يحقق ذاته أو يرتقي لإشباع الحاجة التي تليها في الترتيب كما يتصور ماسلو[6].

أخيرًا ينبغي على الخدمة الاجتماعية الوقائية لتحقيق هذا المحور الهام أن نتعرف على حاجات الإنسان وأنواعها وترتيبها ووسائل إشباعها وتوزيع الحاجات حسب مراحل النمو لدى الإنسان. أيضًا عليها أن تحيط بالجوانب المختلفة للحاجات الإنسانية قبل أن تصمم وتنفذ أي برنامج وقائي متعلق بهذه الحاجات. ويمكن تحديد بعض هذه الجوانب في الآتي:

1- الأهمية النسبية للحاجة من وجهة نظر الفرد.

2- المستوى المطلوب للإشباع.

3- المستوى الفعلي للإشباع.

4- إدراك الفرد لاحتمال المستوى المطلوب للإشباع[7].

الانتقال من مرحلة نمو إلى أخرى بسلام دون أزمات (أزمات الحياة):

لقد حاول العديد من العلماء تحديد مراحل النمو أو الحياة لدى الإنسان؛ وذلك بهدف التعرف على خصائص كل مرحلة، وجوانب النمو المختلفة لدى الإنسان في كل منها، واحتياجات ومشكلات كل مرحلة، وأزمات الحياة التي قد يمر بها الإنسان وخاصة عند الانتقال من مرحلة إلى أخرى..

ومن المحاولات التي استفادت منها مهنة الخدمة الاجتماعية بشكل واضح، نذكر: نظرية إريكسون Erikson عن الأعمار الثمانية للإنسان[8] محددًا لكل مرحلة من مراحل النمو نوع الحاجات والأزمة والمهام والغاية ومجال العلاقات الخاصة بكل مرحلة (انظر الشكر رقم 6)[9]، ومحاولات كل من كارول ميير Carol Meyer[10] وجوزيف أندرسون Joseph Anderson[11] في تحديد مراحل الحياة

لدى الإنسان واحتياجاته الأساسية والمشكلات المصاحبة وبرامج الرعاية الاجتماعية المناسبة لكل مرحلة (انظر الشكل رقم 7).

والخدمة الاجتماعية الوقائية – فيما يتعلق بهذا المحور – تنطلق من مسلمة هي إذا كنا نعرف مراحل النمو أو الحياة لدى الإنسان والمشكلات أو الأزمـــات التـــي يمكن أن يتعرض لها في كل مرحلة، فإن هذه المعرفة تساعدنا في عملية التنبؤ بهذه الأمور لأي شخص، وبالتالي يمكن وضع برامج وقائية لكل مرحلة نمـــو، هـــدفها إشباع حاجات الشخص في كل مرحلة، وأن يمر نموه في هذه المراحل بسلام دون مشكلات أو بأقل قدر ممكن منها.

م	المرحلة	نوع الحاجات	الأزمة	المهام	الغاية	مجال العلاقات
1	مرحلة الرضاعة (الميلاد – سنة)	الأمومة – استطلاع الذات والعالم المحيط به	الثقة الأساسية وضدها الارتياب	الثقة بالنفس وبالآخرين	الإحساس بالأمل	الأم
2	الطفولة المبكرة (1–3 سنوات)	التعلم – التخيل – اللعب – الأمان – إدراك العالم حوله والذات	الاستقلال وضده الخجل والتشكك	اتكالية تبادلية – استقلالية الذات عن الآخرين	الإحساس بالضبط	الوالدان
3	سن ما قبل المدرسة (3–6 سنوات)	التنشئة الاجتماعية – اللعب تأكيد ذاته داخل عالمه	المبادرة وضدها الشعور بالذنب	الارتباط بالآخرين عن وعي بهدف تحقيق غاية في الحياة	الإحساس بالتوجيه الذاتي	الأسرة
4	سن ما قبل المدرسة (6–13 سنة)	مطالب فكرية واجتماعية – الانتماء في الأسرة والنجاح	الكد والمثابرة وضدهما الشعور بالدونية	التعاون الهادف مع الآخرين	الإحساس بالكفاية	الجيران والمدرسة
5	المدرسة الإعدادية والثانوية "المراهقة" (13–18 سنة)	الإنجاز – انفصال جزئي عن الآباء – الانتماء إلى الأقران	التمسك بالهوية وضدها الهوية المشتتة	التزام الذات إزاء الآخرين	الإحساس بالولاء	الأصدقاء
6	شباب بالغ (18–21 سنة)	تحقيق الذات والتقدير في القيام بأدوار البالغ	الألفة وضدها العزلة	حب الذات والآخرين.	الإحساس بالحب	الأصدقاء (والزوج (الزوجة)
7	بالغ ناضج (21–65 سنة)	تحقيق الذات في القيام بأدوار الحياة	الإنجاب وضده الخمول	العناية بالذات والآخرين	الإحساس بالاهتمام	التفاعلات الأسرية وأصدقاء العمل
8	بالغ مسن (65 سنة فأكثر)	الاستمرار في تنمية الذات والمحافظة على الطاقة	التكامل وضده الإحساس باليأس	يصبح هو ذاته في وجود الآخرين	الإحساس بالحكمة	كل الأفراد والجماعات

شكل رقم (6) مراحل النمو النفسي والاجتماعي طبقاً لنظرية إريك إريكسون

مراحل الحياة واحتياجاتها	المشكلات المصاحبة للمرحلة	برامج الرعاية الاجتماعية المطلوبة
1) مرحلة الطفولة المبكرة الميلاد حتى 3 سنوات (اللعب – الرعاية الوالدية)	- عدم توفير الأبوة أو الأمومة. - إهمال الأسرة للأطفال. - العاهات والأمراض والضعف العقلي.	1) الرعاية الأسرية. 2) الرعاية الطبية. 3) برامج تأمين الدخل الاقتصادي 4) التوجيه الأسري.
2) مرحلة ما قبل سن المدرسة من 3-6 سنوات (المعرفة – التنشئة الاجتماعية – اللعب).	- عدم توفير أو تناسب التنشئة الاجتماعية. - عدم توفير الإشراف الأسري الملائم.	1) رعاية الطفولة 2) خدمات الإيواء 3) خدمات الرعاية في دور الحضانة
3) مرحلة التعليم من سن 6-18 سنة (التعليم – التشجيع – التربية)	- مشكلات الانحرافات السلوكية لدى الطفل. - عدم القدرة على التكيف مع المدرسة.	1) الرعاية الملائمة حسب نوع المشكلة كالإيواء 2) الخدمات الترفيهية لشغل أوقات الفراغ.
4) مرحلة النضج والرشد (الثبات) من سن 18-21 سنة (إيجاد الفرص في ممارسة أدوار الراشدين والناضجين).	- الاعتماد المتزايد على الأسرة. - عدم القدرة على الاستقلال. - الانحراف والجريمة.	1) التوجيه المهني والتأهيل أو التدريب للعمل. 2) التوجيه والإرشاد الأسري. 3) المساعدة عن طريق الاستشارة.
5) اكتمال النضج من 21-60 سنة في الأسرة المبتدئة – وفي الأسرة المتوسطة العمر (زيادة فرص الاعتماد والاستقلالية الذاتية في ممارسة أدوار الحياة). والمهام تكون في الإبداع والابتكار في مقابل الركود والجمود والخمول.	- انهيار الأسرة. - الطلاق وسوء إدارة الحياة الأسرية. - عدم القدرة على الإنفاق. - سوء تدبير الحياة المنزلية. - مشكلات الأسرة مع الأطفال. - الفشل في العمل.	1) مكاتب التوجيه الأسري. 2) المحاكم الشخصية ومختلف أنواع المحاكم. 3) مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية. 4) المساعدات ضد الكوارث النكبات. 5) التأمينات الاجتماعية.
6) مرحلة ما بعد سن 60 سنة تمثل مرحلة الشيخوخة (التكيف مع المجتمع).	- عدم الاهتمام. - المشكلات الأسرية. - المرض. - الحاجة للرعاية.	1) المستشفيات والرعاية الطبية. 2) مؤسسات رعاية المسنين. 3) الضمان الاجتماعي.

شكل رقم (7)

مراحل الحياة والحاجات التي تظهر خلالها، والمشكلات التي تعترضها ونوع وبرامج الرعاية الاجتماعية المناسبة لها

تعلُّم وتعليم السلوكيات الإيجابية المتعلقة بالوقاية (السلوكيات الوقائية):

لقد استفادت الخدمة الاجتماعية الوقائية من النظرية السلوكية Bahavioral Theory[12] في جوانب عديدة، نذكر منها:

1- إن الوقاية من المشكلات سلوك يمكن تعلمه.

2- إن السلوك الوقائي هو نتاج لتفاعل ديناميكي بين إمكانيات الفرد وإمكانيات البيئة.

3- السلوكيات الوقائية عبارة عن مجموعة من العادات التي يمكن للفرد أن يتعود عليها خلال مواقف الخبرة التي يمر بها. وهذه العادات مكتسبة ومتعلمة ومستمدة من البيئة التي يعيش فيها الفرد.

4- السلوك الوقائي عبارة عن عادات سلوكية موجبة يكتسبها الفرد عندما يحصل على التعزيز المناسب.

5- السلوك الوقائي لدى الإنسان يمكن تعلمه بواسطة عدة طرق منها، ملاحظة نماذج من حياته: إذا سلك بطريقة موجبة حصل على التعزيز، وإذا سلك بطريقة سالبة لم يحصل على التعزيز وإنما حصل - غالبًا - على العقاب.

6- إن الإنسان قادر على اختيار الاستجابة المناسبة للمثير الذي يحدث، بمعنى أن له دورًا أساسيًا في اختيار السلوك. ويمكن أن نقول إن الإنسان يمكن أن يغير أسلوب الحياة Lifestyle Change لديه، بحيث يكون أسلوبًا أفضل، فيستطيع - على سبيل المثال - الامتناع عن التدخين، ويستطيع ممارسة الرياضة، واتباع أسلوب غذائي صحي ومناسب... وهذا - بلا شك - سوف يقيه من كثير من الأمراض والمشكلات[13]..

ومن أمثلة السلوكيات الوقائية نذكر:

1- إدارة الوقت بشكل مناسب.

2- الاتصال الفعال.

3- التفكير العقلاني المنطقي والنقدي.

4- الإنصات الجيد.

5- البحث عن المعرفة واستخدامها.

6- الاكتشاف المبكر للمشكلات.

7- تجنب المخاطر (مثل: مخاطر الطريق/ مخاطر العمل/ المخاطر المهنية/ مخاطر المراهقة/ المخاطر الصحية...).

تقليل ضغوط الحياة:

التوتر Tension والقلق والضغط النفسي والعصبي والانفعال... كلها أعراض سالبة يعاني منها الإنسان في العصر الحالي بشكل لم يشهده من قبل.

هذه الأعراض تترك آثارًا ضارة على الإنسان، سواء من الناحية النفسية أم العقلية أم الجسمية أم المهنية (الوظيفية) أم الاجتماعية (مع الأسرة ومع المجتمع). وإذا لم يتم التعامل السليم والمناسب مع كل هذه الأعراض، فإنها ستتحول بلا شك إلى أمراض.

الضغوط Stress هي مجموعة المتغيرات الخارجية التي تمثل تهديدًا للمرء وتؤدي إلى اضطراب سلوكه. فالمصطلح لا يشير إلى الاضطراب في حد ذاته، وإنما إلى الهموم التي تثقل كاهل المرء والتي قد تؤدي إلى الاضطراب السلوكي والجسمي والنفسي لديه[14].

وقد استخدم موراي H.A. Murray مصطلح الضغط للتعبير عن المحددات البيئية المؤثرة في السلوك. ويرى أن موضوع الضغط الذي قد يكون شخصًا آخر أو موضوعًا في البيئة يلعب دورًا ميسرًا أو معوّقًا في وجه تحقيق الحاجة[15].

ومن الشائع أن يواجه كل فرد منا في حياته اليومية عددًا كبيرًا من المواقف الضاغطة الخفيفة (مثل: انقطاع الماء في الصباح، أو انقطاع التيار الكهربائي في المساء، ازدحام المرور عند الذهاب أو العودة من العمل...) وأخرى أشد حدة (مثل: مرض شديد لأحد أفراد الأسرة، موت أحد الأقارب، الفصل من العمل، الرسوب في الامتحان النهائي، الخسارة المالية الكبيرة...)، وهي مواقف لا يستطيع أي منا تجاهلها أو التوافق معها بسهولة، وبالتالي فهي مواقف قادرة على تفجير اضطراب سلوكي قد يكون حادًا أو يدوم لفترة طويلة.

ولا شك أن التركيب النفسي للمرء متغير أساسي في تحديد ما إذا كان الموقف ضاغطًا أو غير ضاغط. فبعض الناس لديهم القدرة على مواجهة أعنف المواقف والتعامل معها بكفاءة ومعالجة الأمور بقدر كبير من التوازن النفسي، في حين أننا نجد أناسًا آخرين سرعان ما يصابون بالانهيار التام أمام مواقف تافهة وبسيطة.

أنواع الضغوط ومصادرها:

هناك أنواع عديدة للضغوط يتعرض إليها الفرد بشكل عام، ولها مصادرها المتنوعة والمختلفة. والآتي عرض لبعض هذه الأنواع من وجهة نظر عدد من الباحثين:

1- يرى Mcgrath أن هناك ثلاثة أنواع من الضغوط حسب مصدرها، هي كالتالي:

أ- الضغوط الناتجة عن البيئة المادية: يتعرض الفرد داخل المنظمة أثناء تأدية الأعمال والواجبات ويمارس مسؤولياته إلى مصادر متنوعة من الضغوط،

قد تكون نفسية واجتماعية ناتجة من مستوى استخدام التكنولوجيا التي تعمل بها المنظمة مثل المكننة الإدارية الحديثة وهو لا يستطيع مواكبتها أو مسايرتها.

ب- الضغوط الناتجة عن البيئة الاجتماعية: تظهر لدى الأفراد الذين يتفاعلون معها في مجالات العمل مع الزملاء.

ج- الضغوط الناتجة عن النظام الشخصي للفرد: وهي البؤرة المصدرة لها. وتعود إلى مجموعة من الخصائص الشخصية المتوارثة، مثل القلق، الأساليب الإدراكية (المدركات الحسية)، الحاجة إلى الفهم والوضوح وغيرها.

2- يقسم Lrvin Jains الضغوط ــ إلى ثلاث أيضًا ــ وذلك تبعًا لدرجة شدة هذه الضغوط كالتالي:

أ- الضغوط البسيطة: وهي عادة تستمر من عدد ثوان قليلة إلى ساعات طويلة كالمضايقات الصادرة من أشخاص تافهين أو أحداث أخرى في الحياة العملية تكون مصدرًا للضغوط.

ب- الضغوط المتوسطة: وهي عادة تستمر من ساعات إلى أيام مثل فترة العمل الإضافي أو زيارة شخص مسؤول أو غير مرغوب فيه، أو الضيق الناتج عن المعدة أو الأمعاء.

ج- الضغوط الشديدة: وهي عادة تستمر لأسابيع أو شهر أو حتى سنوات، مثل غياب شخص عزيز عن عائلته فترة طويلة بالسفر أو الموت وما شابه في الحياة، أما في العمل مثل حالات النقل أو سحب اليد أو التجميد أو الإيقاف عن العمل لحين زوال السبب.

3- صنف كثير من الباحثين الضغوط حسب مجال تواجدها إلى نوعين هما:

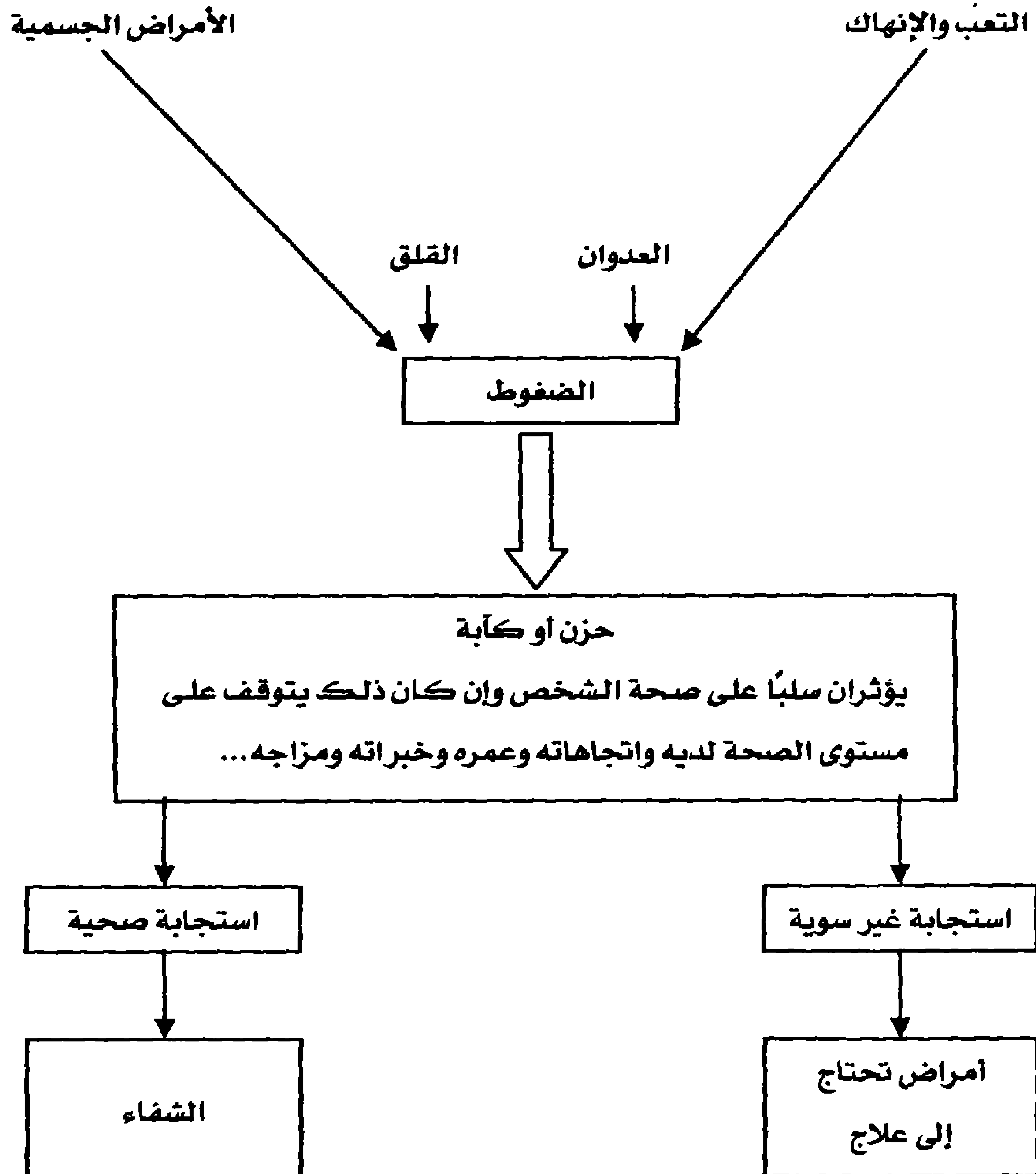
أ- ضغوط العمل Work Stress

ب-ضغوط خارج العمل Outside Work Stress (مثل: المرض/ الوفاة/ أحد أعضاء الأسرة/ تكاليف الزواج/ الطلاق...).

ويرى رابكن وسترويننج Rabkin & Streuning أن الإنسان يستجيب للضغوط على شكل ردود فعل نفسية وجسدية قصيرة المدى وطويلة المدى. وهذه الاستجابات قد تكون صحية أو غير صحية.

ويرى هذان الكاتبان – أيضًا – أن إدراك الضغوط النفسية عمومًا والاستجابة لها يتأثر بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي، والذكاء، والمهارات اللفظية، والمعنويات، والسمات الشخصية، والخبرة الماضية، والعمر، والمهنة، والدخل. واقترحا أن الناس الذين يتمتعون بدفاعات قوية وبخبرة أكبر بأحد مصادر الضغوط أكثر قدرة على التعايش معها(7).

ويوضح مايكن وجونز Machen & Jones أسباب الضغوط ونوع الاستجابة لها في الشكل التالي(18):



الشكل رقم (8)

ضغوط الحياة – الأسباب والاستجابة

الآثار والأعراض المترتبة على زيادة الضغوط:

إن زيادة ضغوط الحياة والعمل واستمرارها لفترة طويلة يؤدي إلى الإجهاد أو الإرهاق البدني والعقلي والعاطفي أو ما يطلق عليه أحياناً الاحتراق النفسي والاحتراق الوظيفي Burnout مما يترتب عليه الآثار أو الأعراض السلبية التالية:

1- الآثار والأمراض الجسمية:

مثل: 1- القلق.

2- الصداع.

3- الإرهاق والتعب.

4- الأرق.

5- انخفاض أو زيادة الوزن.

6- اضطرابات في المعدة أو الأمعاء.

7- الأمر الظهر.

2- الآثار والأعراض السلوكية:

مثل: 1- التدخين.

2- استخدام المهدئات.

3- تزايد القابلية للإثارة.

4- تغير الحالة المزاجية.

5- العنف.

6- فقدان الشهية.

7- زيادة احتمال التعرض للحوادث.

8- تزايد القابلية للإحباط.

3- الآثار الأعراض المرتبطة بالأسرة:

مثل: 1- الخلافات الأسرية.

2- العجز الجنسي.

3- الأرق.

4- الاكتئاب.

4- الآثار أو الأعراض المرتبطة بالأداء في العمل:

مثل: 1- انخفاض الإنتاجية.

2- افتقاد الرغبة في العمل.

3- التفكير المشتت.

4- التفكير.

5- انخفاض القدرة على المبادرة.

والخدمة الاجتماعية الوقائية تهدف في هذا السياق إلى مساعدة الناس على:

1- تجنب ضغوط الحياة التي يمكن تجنبها (مثل: تجنب التنافر الأسري وعدم الاستقرار المنزلي ونقص التغذية ونقص الأصدقاء والتعرض للإغراء أو الإحساس بالقصور البدني أو العقلي أو الاجتماعي...).

2- تقوية قدرات الناس على مواجهة ضغوط الحياة بواسطة عدة أساليب نذكر منها:

(أ) النظرة الدينية لضغوط الحياة هذه، والإيمان بأن بعد العسر يسرًا، وأن الله يقف بجوار الناس ويساعدهم...

(ب) تعلم الهدوء عند التعامل مع الضغوط.

(ت) التعامل مع القلق عن طريق تخيل المناظر والصور.

(ث) التنفس ببطء وعمق.

(ج) الاسترخاء.

(ح) النظر إلى المواقف الضاغطة بنظرة موضوعية.

(خ) النظر إلى هذه المواقف على أنها خبرات يتعلم منها الإنسان وسوف تفيده في المستقبل.

(د) استخدام الجوانب المعرفية بشكل صحيح.

(ذ) التخلص المنظم من الحساسية تجاه الآخرين Systematic Desensitization.

3- تعليم الناس أساليب خفض التوتر Tension Reduction. ومن هذه الأساليب نذكر: إشباع الحاجات، العمل، الحركة، الحماس، الفضول، التفاؤل...

4- العمل مع مؤسسات المجتمع حتى تراعي في سياساتها وبرامجها محور الوقاية من ضغوط العمل وذلك بالنسبة للعاملين في هذه المؤسسات. وللوقاية من ضغوط العمل يمكن للمؤسسة أن تقوم بالإجراءات التالية:

1- الاختيار السليم للعاملين بما يتناسب مع المواقع الوظيفية الشاغرة.

2- تقديم برامج التدريب قبل الخدمة Pre-Service Training وأثناء الخدمة In-Service Traning.

3- وضوح الهدف من العمل ووضعه في إطار إجرائي قابل للتنفيذ والقياس.

4- مراعاة نطاق التمكن والإشراف Spane of Control.

5- تحديد حدود المسؤولية Responsibility سواء كانت شخصية أو جماعية عن العمل المطلوب على نحو ظاهر وواضح.

6- تحقيق وتوفير وتشجيع التعاون الجماعي.

7- توفير الوسائل المناسبة لإنجاز العمل(19).

8- توفير الوقت الكافي لإنجاز العمل.

9- تهيئة وتوفير فرص الإبداع والابتكار (Creation or Inovation) في العمل.

10-توفير فترات الراحة المناسبة سواء أثناء العمل أو بعده أو على مدار السنة.

11-توفير فرص الترقية (Promotion) المناسبة والعادلة.

12-توفير برامج اللياقة البدنية لجميع العاملين.

ثانيًا: مراحل ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية:

هناك عدة آراء في تحديد مراحل العمل الوقائي، وإن كانت كلها تتفق معًا في المضمون إلاَّ أنها تختلف في طريقة العرض وشكل وعدد مراحل أو خطوات العمل الوقائي، وعرضها بشكل إجمالي أو تفصيلي. نذكر من هذه الآراء الآتي:

الرأي الأول:

يمكن تقسيم مراحل الوقاية إلى مرحلتين هما:

(أ) مرحلة متقدمة Advanced Stage: تتناول مسببات المشكلات بمنع ظهورها أو القضاء عليها من منبعها بما يحول دون ظهورها.

(ب) مرحلة متأخرة Later Stage: تتناول علاج المشكلات بعد حدوثها أو ظهورها من خلال عمليات العلاج والتأهيل، بهدف عدم ظهور أو حدوث هذه المشكلات أو عودتها مرة أخرى، وعدم عودة أصحابها أو المتأثرين بها إلى المعاناة من هذه المشكلات في المستقبل.

الرأي الثاني:

يمكن تحديد مراحل العمل مع المشكلة حسب عنصر الزمن كالتالي:

(أ) مرحلة ما قبل المشكلة Preproblem Stage (الوقاية).

(ب) مرحلة ظهور بوادر المشكلة (الاكتشاف المبكر والتدخل المبكر).

(ج) مرحلة وقوع أو حدوث المشكلة Problem Stage (العلاج).

(د) مرحلة ما بعد المشكلة Postproblem Stage (التأهيل).

الرأي الثالث:

وضع سيليه Sely نظرية عن ظاهرة التكيف العام Generzl Adaptation Syndrome لتفسير الأعراض السيكوسوماتية Psycho-Somatic بوصفها ناجمة عن ضغوط الحياة Life Stress [20]. ويمكن الاستفادة من هذه النظرية في تحديد مراحل العملية الوقائية كالتالي:

(أ) مرحلة تجنب المشكلات ودرء الخطر، من خلال – على سبيل المثال: المعرفة والوعي وممارسة السلوكيات الوقائية، وأخذ التطعيمات أو التحصينات ضد الأمراض..

(ب) مرحلة استجابة الإنذار أو التنبيه Alarm Reacting حيث يستجيب الشخص لأي موقف ضاغط أو للميكروب أو للفيروس ببعض التغيرات النفسية والاجتماعية والجسمية والبيوكيمائية، نذكر منها: زيادة القلق والتوتر لدى الإنسان، قلة إنتاجه، قلة تركيزه وانتباهه، فقدان الشهية، الشعور بالتعب، الشعور بالألم، ارتفاع أو انخفاض في درجة حرارته، سرعة ضربات القلب، الصداع، زيادة نشاط القشرة الأدرينالية حيث يزداد إفرازها..

(ج) مرحلة المقاومة Resistance Stage: حيث يقاوم الشخص الموقف الضاغط الذي استثار حالة الإنذار.

(د) مرحلة عملية المساعدة حتى لا تضعف المقاومة: حيث إنه إذا استمر الموقف الضاغط لمدة أطول أو لم يتغلب جهاز المناعة لدى الإنسان على الميكروب أو الفيروس... وصل الإنسان إلى نقطة عجز فيها عن استمرار المقاومة فيدخل في مرحلة الإنهاك أو الإجهاد Drop Down أو مرحلة المرض Disease.

الرأي الرابع:

قسم مراحل الوقاية بالتفصيل إلى سبع مراحل هي[21]:

(أ) التنبؤ بالمشكلة المحتمل حدوثها وتحديدها Prediction.

(ب) الاكتشاف المبكر Early Case Finding.

(ج) التدخل المبكر Early Intervention التقييم أو التقدير Assessment التخطيط Planning التنفيذ Implementation.

(د) العلاج Treatment / Therapy.

(ه) التأهيل Rehabilitation.

(و) التقويم Evaluation.

(ز) الإنهاء Termination.

الرأي الخامس:

حدد مارتن بلوم Martin Bloom مراحل العمل الوقائي في الخدمة الاجتماعية في الآتي[22]:

(أ) جمع المعلومات وتحديد المشكلة المتوقع حدوثها والمتنبأ بها، وتحديد احتمالات وقوعها، والأطراف التي لها علاقة بالمشكلة..

(ب) تحديد الأهداف (مثل منع حدوث المشكلة...).

(ج) اتخاذ القرارات ووضع البرامج والخطط للوقاية من المشكلة.

(د) تنفيذ البرامج والخطط.

(ه) التقويم.

الرأي السادس:

حددت ليوين جلنشرست Lewayne Gilchrist وزملاؤها مراحل العمل الوقائي في الخدمة الاجتماعية في أربع مراحل هي[23]:

(أ) نشر أو نثر المعلومات حول المشكلة المراد الوقاية منها.

(ب) جعل المعلومات شخصية ومرتبطة بمواقف وخبرات يومية يمر بها الأشخاص المستهدفون.

(ج) اكتساب المهارات الوقائية، بمعنى تحويل المعلومات والاتجاهات التي تكونت إلى سلوك وقائي فعلي يهدف إلى تجنب الأشخاص المستهدفين المشكلات المتوقع حدوثها.

(د) تقويم النتائج.

(هذا، وسيتم شرح هذه المراحل بالتفصيل في الفصل الثامن).

ثالثًا: أدوات/ وسائل ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية

يستخدم الأخصائي الاجتماعي أدوات ووسائل عديدة لممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية، نذكر منها على سبيل المثال:

1- الإرشاد الاجتماعي.

2- توفير ونشر المعلومات.

3- التدريب.

4- القوانين.

الإرشاد الاجتماعي Social Councelling:

انبثقت مهنة الإرشاد من حركة التوجيه المهني التي ظهرت في بدايات القرن الماضي. ومنذ عقود وهذه المهنة تبحث عن هوية مستقلة. هذا وقد عرّف جوستاد Gustad الإرشاد بأنه عملية موجهة تعليميًا، تتم في إطار بيئة اجتماعية بين شخصين في أغلب الأحوال؛ حيث المرشد شخص مهني لديه المعرفة والمهارة في مساعدة المسترشد ليتعلم أكثر عن ذاته، وكيفية تحقيق أهدافه بشكل واقعي، بما يجعله أكثر سعادة وإنتاجًا في المجتمع[24].

كذلك عرّف برامر وشوستروم Brammer & Shostrom الإرشاد بأنه عملية مهنية موجهة نحو التخطيط المنطقي وحل المشكلات واتخاذ القرارات والمساندة في مواجهة الضغوط التي تطرأ على الحياة اليومية للأشخاص الأسوياء (العاديين)[25].

أخيرًا، عرّف حامد زهران الإرشاد بأنه عملية بناءة تهدف إلى مساعدة الفرد لكي يفهم ذاته ويدرس شخصيته ويعرف خبراته ويحدد مشكلاته، وينمي إمكاناته ويحل مشكلاته في ضوء معرفته ورغبته وتعليمه وتدريبه؛ لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق شخصيًا وتربويًا ومهنيًا وأسريًّا وزواجيًّا[26].

في ضوء التعريفات السابقة يمكن تحديد خصائص الإرشاد في التالي:

1- الإرشاد علاقة مهنية متبادلة وجهًا لوجه بين المرشد (وهو هنا الأخصائي الاجتماعي) والمسترشد (العميل أو وحدة العمل).

2- المسترشد قد يكون شخصًا أو أكثر، على سبيل المثال قد يكون فرد أو أسرة أو جماعة (مثل: جماعة الفصل وجماعة العمل وجماعة الرفاق...) أو منظمة (مثل: جمعيات ومؤسسات المجتمع المحلي...).

3- يوفر المرشد الظروف التي تسهل عملية التغيير المطلوبة من خلال المقابلات.

4- يتوفر في الإرشاد عنصران: الإنصات، والتفاعل المتبادل.

5- على المرشد أن يدرس ويتفهم المسترشد.

6- يتم الإرشاد في إطار من السرية وتحكمه أخلاقيات المهنة.

7- الإرشاد يتعامل أساسًا مع الأشخاص العاديين (الأسوياء).

8- الإرشاد ذو مدى قصير في الأداء.

9- الإرشاد عملية هادفة لتحقيق أهداف تنموية ووقائية وعلاجية بنفس الترتيب. بمعنى أن الأولوية تعطي للأهداف التنموية والوقائية. بينما الأهداف العلاجية تأخذ أهمية ثانوية.

10- الإرشاد له أنواع عديدة نذكر منها: الإرشاد الفردي والإرشاد الجماعي، والإرشاد النفسي والإرشاد الاجتماعي...

ومعظم نظريات الإرشاد حددت خمسة أهداف رئيسية للإرشاد بشكل عام، هي كالتالي:

1- تسهيل التغيير في سلوك الفرد.

2- تحسين العلاقات الاجتماعية والشخصية.

3- زيادة الفعالية الاجتماعية وقدرة الفرد على التغلب على المشكلات.

4- تعلم عملية اتخاذ القرارات.

5- تحسين الإمكانات وإثراء نمو الذات.

والأخصائي الاجتماعي الوقائي عند استخدام الإرشاد الاجتماعي في ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية يهتم بتحقيق الأهداف الوقائية للإرشاد والتي تتمثل في مساعدة المسترشد على وقاية نفسه من الوقوع فريسة للمشكلات والأمراض، ومساعدته أيضًا على المرور بسلام في جميع مراحل النمو لديه دون أن يعاني من أزمات هذه المراحل أو على الأقل أن تكون هذه المعاناة في حدها الأدنى بما لا يسمح بتحول هذه الأزمات إلى مشكلات ومعوقات تعوق عملية النمو هذه.

أيضًا الأهداف الوقائية تتضمن مساعدة الفرد وتشجيعه على تحديد أهدافه في الحياة الحاضرة والتخطيط للمستقبل وإعداده لهذا المستقبل بهدف أن يستفيد المسترشد من الفرص المتاحة له وأن يشغل المكان المناسب له في مجالات الحياة المختلفة على المستوى الشخصي والزواجى والأسري والتربوي والمهني..

كما يمكن – أيضًا – للمرشد أن يساند المسترشد في مواجهة الضغوط التي تطرأ على حياته اليومية، وهذا بلا شك سوف يساهم في وقاية الأخير من الأمراض والمشكلات..

ويعمل الأخصائي الاجتماعي كمرشد Counsellor / Guide لتوجيه المسترشد لتحديد أهدافه بدقة ووضوح وواقعية، وتحديد الوسائل المتاحة وابتكار أخرى لتحقيق هذه الأهداف، ثم تقييم هذه الوسائل، وعقد المفاضلة فيما بينها وذلك لاختيار الوسائل المناسبة لتحقيق الأهداف المحددة ويستخدم المسترشد في ذلك ما لديه من

معرفة ومهارات وخبرات. واختيار الاتجاه وأسلوب العمل يجب أن ينبع من المسترشد وليس للمرشد أي حق في فرض أي رأي أو تصرف لا يرغبه المسترشد. وعلى المرشد أن يوضح أفضل السبل التي يقتنع بها المسترشد والتي لو سلكها لأخذ مكانه المناسب في الحياة وحقق التوافق مع المجتمع بما يجعله سعيدًا ومنتجًا في المجتمع. وإذ اختار المسترشد أهدافًا أو وسائل لتحقيق تلك الأهداف لا يقرها المرشد ولا يقتنع بها، فعليه أن يفصح عن رأيه بصراحة دون أن يوجه لومًا أو تقريعًا للمسترشد وبدون أن يرغمه على قبول وجهة نظره.

ودور الأخصائي الاجتماعي كمرشد يتطلب منه أن يقوم بما يلي[28]:

1- تقبل الأخصائي الاجتماعي لدوره كمرشد.
2- المبادأة بالاتصال بالمسترشد دون الانتظار حتى يطلب الأخير مساعدته.
3- تقبل الأخصائي الاجتماعي لظروف وأوضاع المسترشد وبدون تحيز، أي تقبله كما هو لا كما يجب أن يكون.
4- تكوين علاقة مهنية ودية مع المسترشد.
5- أن يقوم الأخصائي الاجتماعي بشرح دوره كمرشد لكي يفهمه المسترشد ويتصرفان على أساس ذلك الفهم.

أخيرًا، فإن معظم برامج الخدمة الاجتماعية الوقائية تستخدم الإرشاد بشكل أو بآخر في تحقق أهدافها، ومن هذه البرامج نذكر:

1- التدريب على مهارات الوقاية من المشكلات.
2- التدريب مهارات التخطيط للحاضر والمستقبل.
3- التدريب على مهارات الإنصات الجيد.

4- التدريب على مهارات الاتصال الفعال.

5- برامج تدريب المقبلين على الزواج.

6- برامج تدريب الوالدين.

توفير ونشر المعلومات:

نحن في عصر المعلومات Information Age وذلك نظرًا لما نراه من النمو السريع في المعلومات والمعارف Knowledge من حولنا. فعلى مستوى العالم فإن كمية المعلومات تتضاعف كل خمس سنوات.

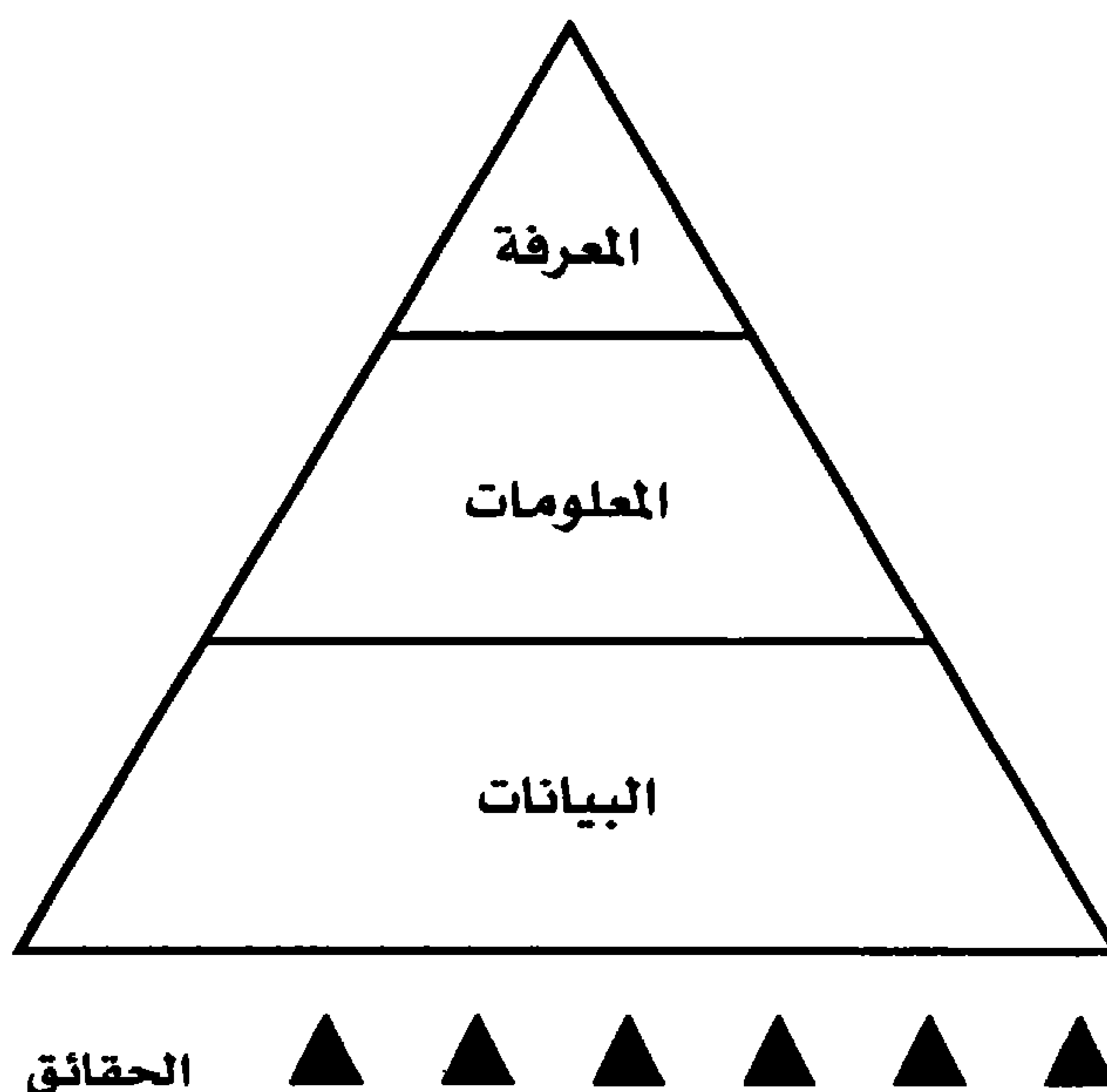
والحقائق Facts: هي وقائع تاريخية تمثل واقع الأمور، سواء كانت ذات صفة شخصية تختص بأشخاص معينين في المؤسسة، أو كانت ذات صفة مؤسسية ناتجة من ممارسة نشاط المؤسسة، أو كانت ذات صفة بيئية تمثل واقع الأمور في البيئة المحيطة بالمؤسسة[29].

أما البيانات Data: فهي مجموعة من الحقائق الأولية أو الخام Raw Facts التي يتم تسجيلها بواسطة رموز معينة (كلمات، حروف، أشكال، أرقام...) بحيث يمكن الرجوع إليها في وقت لاحق مثل: عدد وأسماء العاملين، عدد ساعات العمل في الأسبوع، عدد مرات الغياب، عدد وأسماء الموردين، عدد وأسماء العملاء.. "ويتم تنظيم هذه الحقائق الخام وترتيبها بأسلوب أو بطريقة هادفة ذات معنى، فتصبح بذلك معلومات. فالبيانات هي مدخل Inputs لنظام مخرجاته Outputs المعلومات"[30].

هذا ويمكن أن نقول إن المعلومات Information: هي مجموعة البيانات المنظمة بطريقة هادفة، بما يجعل لها قيمة إضافية على قيمة البيانات نفسها[31].

فالمعلومات هي نتاج معالجة البيانات Data Processing بهـدف خلـق وزيـادة المعرفة لمتخذ القرار بما يمكنه من الحكم السديد على واقـع الأمـور واتجاهاتـه المستقبلية[32]. وبذلك فإن البيانات هي المادة الخام للمعلومـات، والاحتفـاظ بهـذه الحقائق والبيانات والمعلومات وتحديثها شيء هام ومحوري لتحـسين أي عمـل. والشكل رقم (4) يوضح ترتيب هذه المفاهيم السابق ذكرها، وكيف أن الوصول إلى المعلومات يوفر لنا المعرفة Knowledge المطلوبـة للفهـم والتخطـيط واتخـاذ القرارات وتنفيذ وتقويم العمل.

ويمكن توضيح العلاقة بين المصطلحات الثلاثة السابق في الشكل التالي:



شكل رقم (9)

هرم المعرفة

خصائص المعلومات الجيدة:

المثل الإنجليزي يقول:

A Little Learning (or Knowledge) is a dangerous thing

بمعنى أن "العلم القليل (أو المعرفة القليلة) شيء خطر". ويقابل هذا المثل في العربية[33]: "نصف العلم أخطر من الجهل"؛ أي إن العلم الناقص قد يُضِلّ المرءَ وقد يورده موارد التهلكة. ويمكن أن نقسم المعلومات إلى: معلومات سيئة Bad Information، ومعلومات جيدة Good Information.

وأفضل معلومات هي المعلومات الجيدة والتي يتوفر بها هذه الخصائص[34]:

1- دقيقة Accurate.
2- كاملة Complete.
3- اقتصادية Economical.
4- مرنة Flexible.
5- لها صفة الثبات (يمكن الاعتماد عليها والثقة فيها) Reliable.
6- مرتبطة Relevent.
7- واضحة Clear.
8- في وقتها Timely (Fresh + New).
9- يمكن التحقق من صدقها Verifiable.
10- عدم التحيز Free From Bias.
11- إمكانية الوصول إليها Accessibility.

وسائل جمع المعلومات:

1- الملاحظة.
2- المقابلات بأنواعها.
3- الاجتماعات بأنواعها.
4- السجلات والملفات.
5- الزيارات الميدانية.
6- الزيارات المنزلية.
7- الندوات.
8- المؤتمرات.
9- استخدام الحاسب الآلي وشبكات المعلومات.

الشروط العامة لوسائل جمع المعلومات:

يجب أن يتوفر في وسائل جمع المعلومات التي يستخدمها الأخصائي الاجتماعي هذه الشروط[35]:

1- السرية.
2- التخطيط.
3- التنظيم (بمعنى تنظيم المعلومات بشكل واضح ومسلسل).
4- الدقة.
5- الموضوعية.
6- المعيارية (ويقصد بها الحكم على العميل أو وحدة العمل في ضوء المعايير الخاصة بجنسه وعمره وثقافته ومجتمع...).
7- التسجيل.
8- الخبرة (بمعنى التدريب العملي الكافي لمن يجمع المعلومات).

أدوار الأخصائي الاجتماعي:

وتتمثل أدوار الاجتماعي الوقائي في مجال المعلومات – على سبيل المثال – في التالي:

1- كمصدر معلومات Informant.

2- كمدير بيانات Data Manager.

3- كمخطط للمجتمع المحلي Community Planner.

فهو كمصدر معلومات يجمع المعلومات المتعلقة بالوقاية بصفة عامة والوقاية الاجتماعية بصفة خاصة، والمعلومات المتعلقة بالبرامج والمؤسسات التي لها أهداف وقائية، وبوحدات العمل المستهدفة... أيضًا عليه أن يصنف هذه المعلومات وينظمها ويخزنها ويسترجعها ويقدمها لمن يحتاجها، ويستفيد منها في تصميم وتنفيذ البرامج التي يقوم بها[36]...

ودوره كمدير بيانات متشابه في كثير من المهام مع الدور السابق، إلاَّ أنه في هذا الدور يقوم بتحليل البيانات والمشاركة في عمليات وضع سياسات الرعاية الاجتماعية على المستوى الوقائي. وغالبًا ما يمارس هذا الدور الأخصائيون الاجتماعيون القدامى أو المشرفون أو المديرون منهم[37].

أما دوره كمخطط للمجتمع المحلي، فإنه يعمل مع جماعات الجيرة المستهدفة في البرامج الوقائية، ويعمل مع المؤسسات القائمة بهدف التخطيط للبرامج الوقائية لتحسين الحياة في المجتمع المحلي ومساعدة السكان على وقاية أنفسهم من المشكلات والأمراض...

التدريب Training:

النجاح هو النتيجة الحتمية للإتقان، والإتقان لا يأتي إلاً بالتدريب المتواصل. ومن هنا برزت قيمة التدريب لدى كافة الأمم والمهن كوسيلة ومنهج علمي ليتحقق النجاح والتقدم. وأحد الأسباب الرئيسية لحصول الناس على التدريب هو أن المهارات التي لديهم غير مناسبة لمتطلبات الوظائف والأدوار التي يقومون بها.

إن العنصر البشري هو الثروة الحقيقية والمتغير الأهم في عملية التنمية، والتدريب المناسب والمستمر هو أحد المحاور الرئيسية لتحسين هذا العنصر حتى يصبح أكثر معرفة واستعدادًا وقدرة على أداء المهام المطلوبة منه بالشكل المطلوب والمناسب وبابتكار[38].

وهناك تعريفات عديدة للتدريب نذكر منها:

1- التدريب عبارة عن نشاط مخطط يهدف إلى إحداث تغييرات إيجابية في المتدربين Trainees من ناحية اتجاهاتها ومعلوماتهم وأدائهم ومهاراتهم وسلوكياتهم بما يجعل مستوى الأداء لديهم أفضل مما هو عليه[39].

2- التدريب عملية مستمرة خلال حياة الفرد، تبدأ منذ ولادته وتستمر حتى آخر حياته وفقًا لاحتياجاته كفرد وكأحد العاملين في إحدى المنشآت وكعضو في المجتمع.

3- التدريب هو مجموعة الطرق المستخدمة في تزويد العاملين الجدد أو الحاليين بالمهارات اللازمة لأداء وظائفهم بنجاح.

4- التدريب عملية تعديل إيجابي، ذات اتجاهات خاصة تتناول سلوك الفرد من الناحية المهنية أو الوظيفية، وذلك لاكتساب المعارف والخبرات التي يحتاج إليها الفرد.

5- التدريب عملية منظمة مستمرة محورها الفرد، تهدف إلى إحداث تغييرات محددة ذهنية وسلوكية وفنية لمقابلة احتياجات المحددة حاليًا ومستقبليًا يتطلبها الفرد والعمل الذي يؤديه والمنظمة التي يعمل فيها.

6- التدريب عملية تهدف إلى إكساب المتدربين الخبرات والمهارات التي يحتاجون إليها لأداء أعمالهم بشكل أفضل، أو لتجهيزهم لوظائف أعلى، أو لتحسين قدراتهم على مواجهة مشكلات تواجه المنظمة التي يعملون بها.

في ضوء ما سبق يمكن تعريف التدريب بأنه عملية مخططة ومستمرة، تهدف إلى تلبية الاحتياجات التدريبية الحالية والمستقبلية لدى الفرد، من خلال زيادة معارفه وتدعيم اتجاهاته وتحسين مهاراته، بما يساهم ذلك في تحسين أدائه في العمل وزيادة الإنتاجية في المنظمة.

هذا ويمكن أن نقول إن فعالية برامج التدريب يمكن زيادتها على سبيل المثال إذا كان الأفراد الذين تم اختيارهم للتدريب لديهم الرغبة والقناعة لأن ينموا المهارات المطلوب تحسينها. أيضًا إذا كانت برامج التدريب مصممة جيدًا في ضوء الأهداف المطلوب تحقيقها..

أهمية التدريب:

يمكن أن نقول أن التدريب له أهمية كبيرة جدًا لأي منظمة أيًا كان نوعها أو حجمها أو مجال عملها أو مستواها أو نوع المنتج الذي تقدمه (سواء سلعة أو خدمة).

ويشير جاري ديسلر Gary Dessler إلى أن الاهتمام بالتدريب قد زاد خلال السنوات الأخيرة؛ حيث كان التدريب يستخدم بصفة أساسية في تزويد العاملين

بالمهارات الفنية مثل التدريب على كيفية إعداد خطة أو ميزانية بشكل سليم إلا التدريب الفني لم يعد كافيًا بسبب ضرورة أن تتكيف المنظمة مع التغيرات التكنولوجية السريعة والمتلاحقة، وزيادة الاهتمام بتحسين مستويات جودة المنتجات، والرغبة في زيادة الإنتاجية لمواجهة تحديات المنافسة.

هذا ويتطلب على تحسين الجودة إجراء تدريب تعليمي، يتضمن قيام الفرد بكيفية تحليل البيانات ورسم الخرائط والأشكال البيانية، وفي نفس الوقت فإن الموظفين في الوقت الحالي بحاجة إلى مهارات في مجالات: تشكيل فرق العمل وصنع واتخاذ القرارات وإجراء الاتصالات، وكذا مهارات تكنولوجية في مجال استخدام الحاسبات الآلية. ونظرًا لأن زيادة درجة المنافسة تتطلب تحسين مستوى الخدمة فإن الموظفين بحاجة إلى تدريب في مجال خدمة المستهلك حول أهم الأساليب والقدرات اللازمة لتقديم أفضل خدمة للعملاء.

ولا شك أن مثل هذه التحديات تزيد من أهمية قيام المنظمة بتقديم العديد من البرامج التدريبية للعاملين بها.

وفي ضوء ما سبق يمكن أن نقول أن التدريب هو أحد الطرق الرئيسية لرفع الإنتاجية، وهو عنصر حيوي بالغ الأهمية. والفرد المدرب المؤهل هو القادر دائمًا على عمله، المالك لناصيته، والواثق من نتائجه، والبعيد عن مخاطره.

بمعنى أن التدريب هو أحد المحاور الرئيسية لتحسين العنصر البشري حتى يصبح أكثر معرفة واستعدادًا وقدرة على أداء المهام المطلوبة منه بالشكل المطلوب والمناسب وبابتكار.

والأخصائي الاجتماعي الوقائي كمدرب Trainer يستخدم التدريب كأداة في تحقيق كثير من أهداف الخدمة الاجتماعية الوقائية. وهو هنا يراعي كل ما سبق

ذكره عن التدريب. وعليه أيضًا أن يسترشد بمبادئ نجاح التدريب وتعظيم عائـده. من هذه المبادئ نذكر[40].

1- الاستمرارية Continuity.
2- مبدأ توالي الخبرات أو التقدم المنظم Progression.
3- مبدأ التدرج Graduation.
4- مبدأ التكامل Integration.
5- مبدأ الشمول Comprehension.
6- مبدأ المشاركة Participation.

هذه ويمكن للأخصائي الاجتماعي الوقائي عند تنظيمه لبرامج تدريب وقائية أن يختار إستراتيجية التدريب المناسبة من بين هذه الإستراتيجيات:

1- استراتيجية التفاعل الاجتماعي Social Interaction Strategy:

وتؤكد هذه الإستراتيجية على تنمية العلاقات داخل الموقف التدريبي، وفيها يـتم التركيز على التفكير الجماعي للمتدربين، وأسلوب العمل الجماعي وفرق العمل.

2- استراتيجية اكتساب المعارف وطرق التفكير The Rational Strategy:

وتؤكد هذه الإستراتيجية على تنمية قدرات المتدربين على اكتساب المعـارف والمفاهيم المطلوب توصيلها. كما تعني بتنمية القـدرات الخاصـة بـالتفكير العلمي والتفكير الابتكاري وأساليب دراسة وتشخيص المشكلات وحلها.

3- استراتيجية تعديل السلوك Behavior Modification Strategy:

ترجع نشأة هذه الإستراتيجية إلى محاولات تطبيق مفاهيم ونظريات علم النفس السلوكي على العملية التدريبية.

وعماد هذه الإستراتيجية هو ترتيب الخبرات التعليمية/ التدريبية بصورة تسمح بتشكيل السلوك النهائي المحدد بدقة في المتدربين عن طريق أساليب التعديل أو التدعيم أو التعزيز أو الإحلال.

4- استراتيجية النمو الشخصي **Personal Growth Strategy**:

ويتم فيها التركيز على الأنشطة التدريبية التي تؤدي إلى النمو الشخصي للمتدربين وتحقيق ذواتهم ومعاونتهم على فهم جوانب القوة والضعف في شخصياتهم.

أخيرًا، على المدرب الكفء والفعال أن يختار الإستراتيجية المناسبة لكل برنامج تدريبي يقوم به، فعلى سبيل المثال: إذا كان البرنامج التدريبي عن تنمية القدرات الابتكارية لدى المتدربين، فإنه يمكن أن يهتدي بإستراتيجية اكتساب المعارف وطرق التفكير. أما إذا كان البرنامج التدريبي يهدف إلى تعليم الآخرين سلوكيات وقائية، فإنه يمكن ممارسة إستراتيجية تعديل السلوك وإستراتيجية اكتساب المعارف وطرق التفكير.

القوانين Laws:

القوانين هي مجموعة القواعد الرسمية التي تنظم وتضبط سلوك الفرد والجماعة والمنظمة ككل. ويضع هذه القواعد السلطة التشريعية في الدولة. ومن يخالف هذه القواعد تطبق عليه عقوبات رسمية تتراوح من الغرامة إلى الحبس إلى السجن إلى الإعدام حسب درجة وضخامة المخالفة والآثار المترتبة عليها.

والهدف الرئيسي من هذه القوانين هو تحقيق النظام والأمن والأمان والصحة في المجتمع. كذلك فإن القوانين أداة من أدوات تحقيق وتدعيم الوقاية. فعلى سبيل المثال

فإن إصدار قانون لمنع المخدرات وتغليظ عقوبة تصنيع وزراعة وتهريب ونقل وتوزيع المخدرات سيساهم - بلا شك - في وقاية المجتمع والأفراد من الإدمان.

مثال آخر: إصدار قانون بإلزام الراغبين في الزواج بالكشف الطبي والحصول على شهادة طبية بخلوهم من الأمراض الوراثية والجنسية والمعدية يساهم بلا شك في وقاية الزوجين من الأمراض ووقاية أبنائهم بعد ذلك من الأمراض والإعاقات..

والأخصائي الاجتماعي الوقائي يعمل مع التخصصات المهنية الأخرى (مثل: الطبيب والمدرس ورجل الشرطة...) في المشاركة في وضع مثل هذه القوانين التي لها دور وقائي، وفي توعية الناس بها، وشرح أهدافها والنتائج المرغوبة المترتبة على الالتزام بها، والنتائج السيئة أو الوخيمة المترتبة على عدم الالتزام بها.

بل إن الأخصائي الاجتماعي الوقائي عليه أن يقترح القوانين الوقائية، وإقناع الجهات المسؤولة والمشرعين بأهمية استصدار مثل هذه القوانين.

ومن ضمن القوانين الهامة التي تدعم الوقاية من العديد من المشكلات والمخاطر: قانون العمل، وقانون التأمينات الاجتماعية، وقانون الضمان الاجتماعي.

والمبحث التالي يتحدث بشيء من التفصيل عن قانون التأمينات الاجتماعية ودوره الوقائي كإحدى وسائل تحقيق الأمن الاجتماعي في المجتمع.

رابعًا: التأمينات الاجتماعية كأحد مداخل الرعاية الاجتماعية في مصر[41]:

مقدمة:

إن فكرة التأمينات الاجتماعية وإن كانت قد ظهرت نتيجة فشل الوسائل التقليدية (الأنظمة الأخرى) في تحقيق الأمان لأفراد المجتمع، إلا أنها ظهرت في بداية الأمر كفكرة طائفية أي بهدف مدفوع من الأمان لطائفة معينة من طوائف المجتمع وهى

طائفة العمال، إلا أن هذه الفكرة سرعان ما تطورت تطورًا كبيرًا، وتلقفتها المواثيق والإعلانات الدولية بالنص عليها، وأصبح ينظر إليها الآن لا على أنها حق لطبقة معينة من طبقات المجتمع، ولكن على أنها حق لكل فرد من أفراد المجتمع؛ أي أصبح ينظر للحق في التأمين الاجتماعي أو في الأمان الاجتماعي على أنه حق من حقوق الإنسان.

ولقد كان لذلك ترجمة في التشريعات المصرية بهدف مد مظلة التأمين إلى جميع أفراد الشعب تأكيدًا لاعتبار هذا الحق حق من حقوق الإنسان المصري.
هذا ونسعى هنا إلى إلقاء الضوء على أهمية التأمينات الاجتماعية كأحد المداخل الرئيسية لتحقيق الرعاية الاجتماعية والأمان والأمن الاجتماعي في مصر.

أولاً: مفهوم الرعاية الاجتماعية Social Care:

الرعاية الاجتماعية مفهوم قديم وحديث في نفس الوقت؛ حيث عرف الإنسان الرعاية الاجتماعية منذ أن عرف الاستقرار والتجمع، ويرتبط ذلك بظهور التفكير الاجتماعي الذي اتضح في الفكر المصري والصيني والهندي والعراقي(*). وذلك قبل أن يظهر التفكير الاجتماعي عند فلاسفة اليونان القدامى (مثل أفلاطون 427-347 ق.م وأرسطو 348-322 ق.م).

حيث ظلت الأسرة والجيزة والعشيرة والقبيلة لآجال طويلة تمثل المؤسسات التقليدية في توفير الرعاية الاجتماعية لأعضائها سواء على أساس دافع المحافظة على البقاء أو على أساس المساعدات المتبادلة القائمة على روابط الدم أو القرابة أو الانتماء أو على أساس النظرة الإنسانية في مساعدة الإنسان لأخيه الإنسان..

(*) يلاحظ أن هنا الفكر ظهر في البلاد التي بها أنهار كبيرة؛ مما شجع الإنسان على الاستقرار والتجمع حولها.

ثم ظهرت الأديان السماوية (اليهودية والمسيحية والإسلام) ووضعت مبادئ واضحة وعادلة للرعاية الاجتماعية، منها على سبيل المثال: مبدأ التكافل الاجتماعي، ومبدأ الحفاظ على الكليات الخمس (الدين – المال – العرض – العقل – النفس) وأضاف الإسلام دور المسجد وبيت مال المسلمين في الرعاية الاجتماعية.

إلا أن الرعاية الاجتماعية كمفهوم حديث نسبيًا بدأ منذ حوالي القرن السابق عشر عندما ظهرت قوانين الفقر في بريطانيا (وخاصة قانون الفقر الصادر عام 1601م) وذلك لمساعدة الفقراء والمحتاجين.

أيضًا حددت هذه القوانين مسؤولية الدولة في مجال الرعاية الاجتماعية بصورة مباشرة، وبدأت الحاجة تظهر إلى وجود أشخاص مهنيين يعملون في مجالات الرعاية الاجتماعية المختلفة.

ومع ظهور التغيرات الاجتماعية والاقتصادية السريعة التي نتجت عن الثورة الصناعية (في منتصف القرن الثامن عشر) والمؤسسات الصناعية الحديثة وظهور المدن الكبرى، أدى ذلك إلى بعض التفكك الاجتماعي في بناء الأسرة ووظائفها، وفي علاقات الانتماء والروابط الدينية، يضاف إلى ذلك تعقد الحياة وتعدد الحاجات وتنوعها بشكل كبير؛ مما أدى إلى صعوبة إشباع الكثير منها، وتعرض الفرد والجماعة إلى كثير من الضغوط والتوتر والإحباط خلال السعي المتواصل للحصول على مكان في زحمة الحياة. وأدى كل ذلك إلى ظهور تنظيمات بديلة للرعاية الاجتماعية تحاول جهد طاقتها التخفيف من المشكلات التي يتعرض لها الإنسان الحديث، ومن أمثلة هذه التنظيمات نذكر:

- جمعيات رعاية الأسرة والطفولة.
- مركز رعاية المعاقين.

- الجمعيات الدينية.
- الجمعيات النسائية.
- وحدات رعاية الأحداث.
- مؤسسات رعاية المسنين.

وهذا ويعرف روبرت باركر Robert Barker الرعاية الإجتماعية بأنها نسق أو نظام قومي من البرامج والمنافع والخدمات التي تساعد الناس على إشباع حاجتهم الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية والصحية بما يساهم في المحافظة على المجتمع.

ويرى روبرت موريس Robert Morris الرعاية الاجتماعية بأنها "مجموعة الجهود الحكومية والأهلية لتخفيف حدة الفقر، أو لتخفيف آلام الناس الذين في حاجة إلى مساعدة، وغير القادرين على إشباع حاجاتهم الأساسية بواسطة أسرهم وسوق العمل.

ويعرف ماكس سبورين Max Siporin الرعاية الاجتماعية بأنها نظام مركب من النظم الاجتماعية.. تعمل في إطارها كل المهن التي تهتم بمساعدة الناس.. كما أنها تتضمن كافة البرامج والخدمات الموجهة نحو أفراد المجتمع سواء كانوا أسوياء أو غير أسوياء.. فقراء أو أغنياء.

وترى الجمعية القومية للأخصائيين الاجتماعيين بالولايات المتحدة الأمريكية NASW أن الرعاية الاجتماعية هي مجموعة الأنشطة المنظمة التي تمارس من خلال مؤسسات حكومية وغير حكومية بهدف توفير الحماية والوقاية لأفراد المجتمع وعلاج ما يواجههم من مشكلات والعمل على تحسين مستوى معيشتهم من خلال جهود الأخصائيين الاجتماعيين والأطباء والمدرسين ... إلخ.

وكذلك يعرف جوزيف هيفرنان Joseph Heffernan وزملاؤه الرعاية الاجتماعية بأنها "تشير إلى المدى العريض من الأنشطة المنظمة التي تقوم بها المؤسسات الحكومية والتطوعية، والتي تهدف إلى الوقاية من أو التخفيف أو المساهمة في حل المشكلات الاجتماعية المدركة، أيضًا تهدف إلى تحسين خير أو رفاهية الأفراد والجماعات والمجتمعات، ويمارس هذه الأنشطة العديد من المهنيين مثل: الأطباء والممرضات والأخصائيين الاجتماعيين والمدرسيين والمهندسين".

أخيرًا يعرف المؤلف الرعاية الاجتماعية بأنها مجموعة الجهود والبرامج والخدمات التي تقوم بها المؤسسات الحكومية والأهلية والدولية، والتي تهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات والنظم الاجتماعية على القيام بوظائفهم وإشباع حاجاتهم الضرورية للنمو والتفاعل الإيجابي مع مجتمعهم وذلك في ضوء واقع وموارد وثقافة المجتمع.

ثانيًا: وظائف الرعاية الاجتماعية:

يمكن تحديد ثلاث وظائف رئيسية للرعاية الاجتماعية هي كالتالي:

1- الإمداد الاجتماعي Social Provision:

ويتمثل في تقديم الإعانات المالية والمادية والعينية للفقراء والمحتاجين وذوى الإعاقات والمساجين والمرضى والمسنين والعاطلين... وفقًا لقانون الضمان الاجتماعي في الدولة أو من خلال الجمعيات الأهلية التطوعية. أيضًا يشمل الإمداد الاجتماعي برامج التأمينات الاجتماعية تلك المرتبطة بمجال العمل والعمال.

2- الخدمات الاجتماعية Social Services:

وهى تلك الجهود والبرامج التي تهدف إلى مساعدة الأفراد والجماعات والمجتمعات على التوافق الإيجابي وأداء الوظائف الاجتماعية المطلوبة منها

بكفاءة وفاعلية، وذلك يتم من خلال عدة مسارات نذكر منها:

(أ) خدمات التنشئة الاجتماعية.

(ب) خدمات الضبط الاجتماعي.

(ج) خدمات إنمائية.

(د) التشريعات الاجتماعية.

3- العمل الاجتماعي Social Action:

ويقصد به التأثير في بناء العلاقات والقوى من أجل الدفاع عن حقوق الجماعات الضعيفة أو المهضوم حقوقها أو التي لا تحصل على المميزات.

هذه الجماعات تعاني من الظلم الاجتماعي الواقع عليها نظرًا لعدة أسباب منها أنهم غير مؤثرين على مراكز صنع القرار. ومن خلال العمل الاجتماعي يتم تنظيم هذه الجماعات من أجل ممارسة الضغوط بشكل جماعي ومنظم حتى يصبحوا مؤثرين ويحصلوا على حقوقهم.

أخيرًا يتضح لنا أن وظائف الرعاية الاجتماعية لها خصائص معينة، فالإمداد الاجتماعي ذو طابع اقتصادي، والخدمات الاجتماعية ذات طابع اجتماعي، والعمل الاجتماعي ذو طابع سياسي. أيضًا الإمداد الاجتماعي يهتم بضمان الحد الأدنى من الدخل للناس حتى لا يصبحوا تحت خط الفقر، أما الخدمات الاجتماعية فتستهدف إحداث التغيير في الناس People Change، بينما العمل الاجتماعي فيهدف إلى إحداث التغيير في النظم System Change.

ثالثًا: التشريعات الاجتماعية Social Legislations:

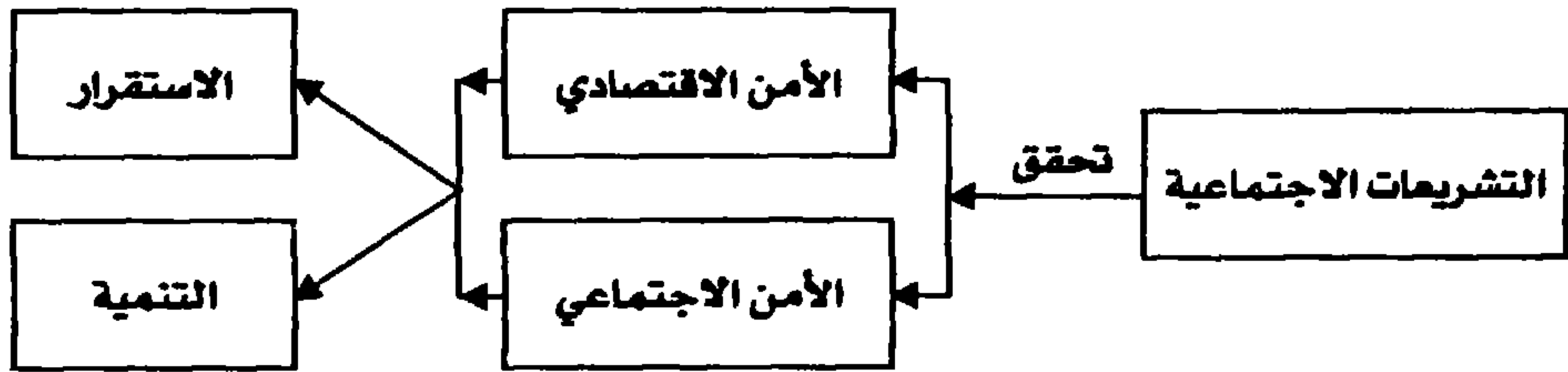
التشريعات الاجتماعية هي مجموعة القواعد القانونية، التي تستهدف المحافظة على النظام الاجتماعي، دون حدوث صراع بين المصلحة الذاتية ومقتضيات العدالة

الاجتماعية، وذلك بمنع المساوئ الاجتماعية، وتوفير أسباب الحماية لطبقات المحرومة اقتصاديًا، وتحسين الظروف التي يعيش فيها الناس والظروف التي يعملون فيها.

ويوصف هذا النوع من التشريع بأنه اجتماعي إبرازًا للدور الذي يؤديه في حل المشكلات الاجتماعية، وعلي الأخص ما يتصل منها بإزالة أسباب القلق والتذمر الاجتماعي حتى يتحقق الاستقرار في المجتمع.

أهداف التشريعات الاجتماعية:

الشكل التالي يوضح أهداف التشريعات الاجتماعية:



شكل رقم (10)

أهداف التشريعات الاجتماعية

نطاق التشريعات الاجتماعية:

ويدخل في نطاق التشريعات الاجتماعية مجموعة قوانين هي:

1- قانون العمل Law of Work:

الذي ينظم العلاقة بين العامل وصاحب العمل، ويشتمل على أحكام توظيف وتشغيل العاملين وتنظيم العمل من حيث ساعات العمل وتحسين ظروفه، ونظام الأجور، وظروف تشغيل النساء والأحداث..

2- قانون التأمينات الاجتماعية Social Insurance Law:

بما يشتمل على ضمانات توفير وسائل المعيشة في حالة عدم القدرة على العمل بسبب البطالة أو المرض أو العجز أو الشيخوخة.

3- قانون الضمان الاجتماعي Social Security Law:

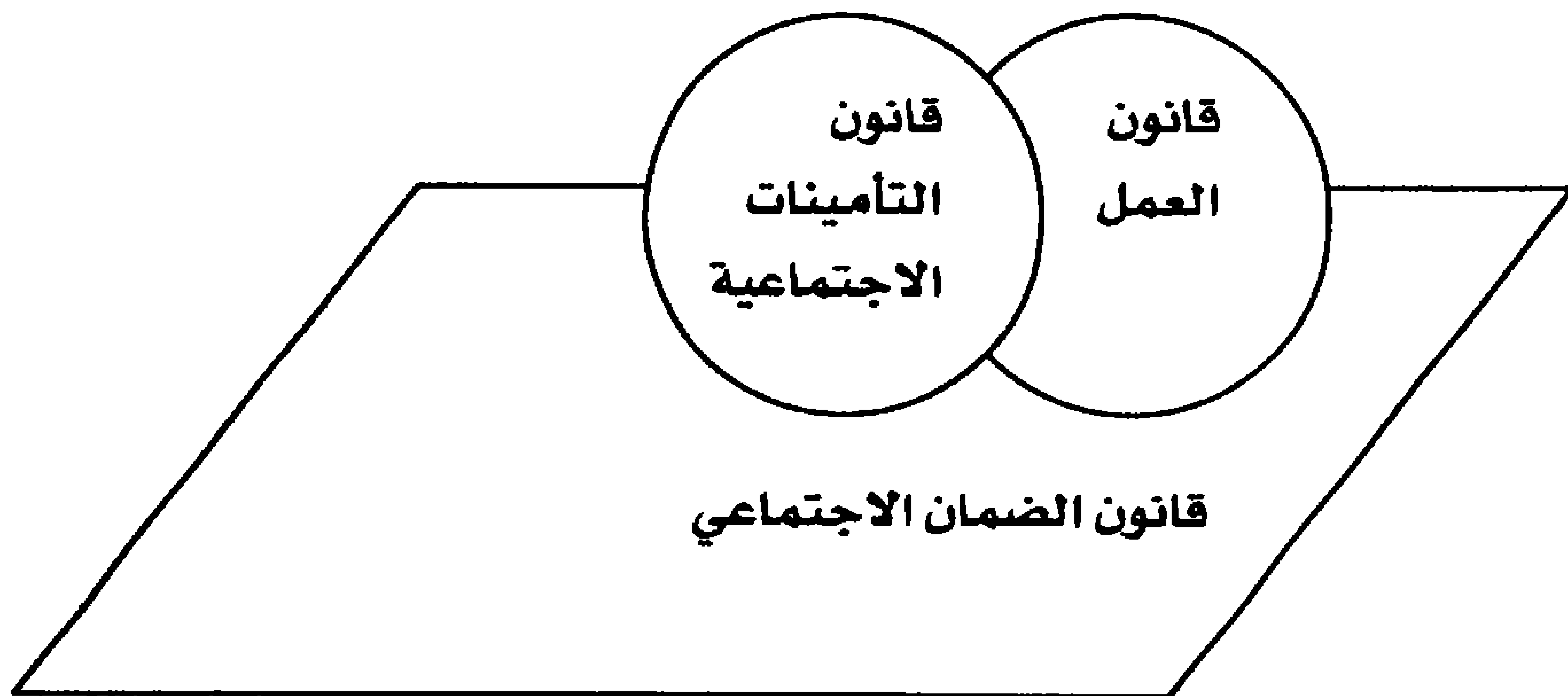
ويختص بتقديم المساعدات للشيوخ والأطفال واليتامى والأرامل والعجزة وغيرهم ممن لا يستطيعون إعالة أنفسهم ولا يدخلون ضمن نطـاق قـانون التأمينات الاجتماعية.

ويمكن رصد هذه القوانين في مصر كالتالي:

1- قانون العمل رقم 137 لسنة 1981 وتعديلاته.

2- قانون التأمينات الاجتماعية رقم 79 لسنة 1975 وتعديلاته.

3- قانون الضمان الاجتماعي رقم 87 لسنة 2000.



شكل رقم (11)

تكامل القوانين

ويتضح من هذا الشكل أن هذه القوانين الثلاثة تغطي جميع فئات وشرائح وطبقات المجتمع. بمعنى أن قانون العمل ينطبق على العاملين، وقانون التأمينات الاجتماعية ينطبق عليهم عندما يواجهون ظروف صعبة ومخاطر العمل والمهنة، وقانون الضمان الاجتماعي ينطبق على غير العاملين ولديهم صعوبة في تحقيق الحد الأدنى من الدخل ليعيشوا في مستوى معيشي مناسب.

رابعًا: التأمينات الاجتماعية:

أصبحت التأمينات الاجتماعية ضرورة من ضرورات أي مجتمع فى العصر الحديث. وتسهم التأمينات الاجتماعية في تحقيق الاستقرار الاجتماعي بل والاقتصادي في المجتمع. والتأمينات الاجتماعية على سبيل المثال تسهم في تأمين دخل المؤمن عليهم ومساندة اقتصاديات صاحب العمل، ويعمل التأمين في مجال محاربة الفقر ورفع مستوى المعيشة.

والتأمينات الاجتماعية تعتبر أحد وسائل الأمن الاجتماعي في مجال تحقيق الحماية والأمان الاجتماعي، وهي تقتصر على تلك النظم التي تستهدف تغطية خطر اجتماعي معين في مقابل تجميع اشتراكات يؤديها المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال والدولة ثم إعادة توزيع هذه الاشتراكات على من يتحقق بالنسبة لهم وقوع الخطر Risk المتوقع منه.

المخاطر الاجتماعية:

لقد أوجد المشرع التأمينات الاجتماعية لتغطية أحد أنواع الخطر التي يمكن أن يتعرض لها الشخص داخل المجتمع.

والمخاطر التي يواجهها الإنسان في المجتمع كثيرة ومتنوعة ولكن التأمينات الاجتماعية تواجه من هذه المخاطر ما يوصف منها بالخطر الاجتماعي.

ولقد حدد القانون الأخطار التي يغطيها التأمين الاجتماعي في الآتي:

1- المرض.

2- الوفاة.

3- العجز.

4- الشيخوخة.

5- إصابات العمل.

6- الأعباء العائلية.

7- البطالة.

ويشتمل نظام التأمين الاجتماعي التأمينات التالية:

1- تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة.

2- تأمين إصابات العمل.

3- تأمين المرض.

4- تأمين البطالة.

وكمثال على هذه التأمينات يمكن الحديث عن التأمينات الاجتماعية لقطاع المعاقين:

التأمينات الاجتماعية للمعاقين:

تكفل نظم التأمين الاجتماعي السارية في مصر حقوقًا تأمينية للمعوق باعتبار حالته "حالة عجز كلي مستديم" بسبب المرض أو الإصابة.

- ففي نظام التأمين الاجتماعي للعاملين بالجهاز الإداري للدولة ووحدات القطاع العام والخاص الصادر بالقانون 79 لسنة 1975 يصرف معاش بحد أقصى 80% من متوسط الأجر في حالة انتهاء خدمة المؤمن عليه بالعجز

الكامل، كما يصرف في نهاية المدة مكافأة بسبب العجز الكامل بواقع شهر عن كل سنة اشتراك في نظام المكافأة وبحد أدنى عشرة شهور، ويصرف تعويض إضافي في حالة انتهاء الخدمة بسبب العجز الكامل أو الجزئي.

- في نظام التأمين الاجتماعي على أصحاب الأعمال (قانون 108 لسنة 1976) يصرف معاش في حالة ثبوت العجز الكامل للمؤمن عليه، وتعويض إضافي في حالات العجز الكامل.
- في نظام التأمين الاجتماعي مع العاملين بالخارج (قانون 50 لسنة 1978) يصرف معاش عند ثبوت العجز الكلي، وتعويض إضافي في حالات العجز الكامل.
- في نظام التأمين الاجتماعي للعمالة غير المنتظمة (قانون 112 لسنة 1980) يصرف معاش عند ثبوت العجز الكامل.

هذا بالإضافة إلى وجود حقوق تأمينية أخرى مثل:

- في حالة العجز الخلقي بالولادة وعدم القدرة على العمل والكسب.
- للابن العاجز عن الكسب (بالولادة) أو إذا كان مصابًا وقت وفاة أي من والديه بعجز رغم بلوغه سن 21 سنة.
- وللزوج المصاب بعجز يمنعه عن الكسب وقت وفاة زوجته.
- لمرضى الأمراض العقلية والمزمنة والمستعصية، يمنحون تعويضًا يعادل الأجر كاملاً طوال مدة مرضه وحتى الشفاء والعودة للعمل.

خامسًا: التوصيات:

1- استصدار قانون جديد للتأمينات الاجتماعية يساير التطورات والتغييرات الاجتماعية والاقتصادية والقانونية الحديثة التي حدثت خلال الفترة الأخيرة في

مصر؛ حيث مر على القانون الحالي حوالي أكثر من ربع قرن (28 عامًا)، كذلك لسد الثغرات التي ظهرت في القانون الحالي نتيجة الممارسة والتطبيق له على مر كل هذه السنوات.

2- زيادة الوعي التأميني لدى العاملين من خلال عدة أساليب منها تنظيم الدورات التدريبية لهم..

3- التأكيد على أهمية الحفاظ على أموال التأمينات الاجتماعية واستثمارها في مشروعات التنمية الاجتماعية والاقتصادية ولكن بطرق مضمونة ومأمونة النتائج[42].

مراجع الفصل السادس

1) أحمد زكي بدوي: **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية** (بيروت: مكتبة بيروت، 1982) ص282.

2) Michael Mann (ed.): **Macmillan Student Encyclopedia of Sociololgy** (London: Macmillan Press, 1987) P. 258

3) محمد خالد الطحان: **مبادئ الصحة النفسية** (دبي: دار القلم، ط3، 1992) ص92.

4) **انظر**: جلال الدين الغزاوي: **نظرية ماسلو عن تدرج الحاجات الإنسانية** (العين: أوراق علمية في تطوير خطة قسم الخدمة الاجتماعية، جامعة الإمارات، 1995) ص9-10.

5) Abraham H. Maslow: **Motivation and Personality** (N.Y.: Harper & Row, 2nd. Ed., 1970) PP. 35-58.

6) محمد خالد الطحان: **مرجع سبق ذكره**، ص92.

7) علي السلمي: **السلوك الإنساني في الإدارة** (القاهرة: مكتبة غريب، بدون تاريخ) ص122.

8) See: Erik H. Erikson: **Childhood and Society** (N.Y.: W.W. INorton & Co. 1963) pp. 247-274.

9) See: Erik H. Erikson: **Identity Of the Life Cycle** (N.Y.: W.W. Norton & Co. 1980) P. 129, PP. 178-179.

Erik H. Erikson: **The Life Cycle Commpleted: A Review** (N.Y.: W.W. Nortron & Co., 1982) PP. 32-33

10) Carol H. Meyer: **Social Work Practice: The Changing Landscape** (N.Y.: The Free Press, 1976) PP. 70-74.

11) Joseph Anderson: **Social Work Methods and Processes**

(Belmont: Wordswoth Publishing Co., 1981) PP. 102-105.

12) انظر شرح النظرية السلوكية في:

L. Shilling: **Perspective of Counselling Theories** (N.J.: Prentice-Hall, 1984

مصطفى فهمي: **الصحة النفسية** (القاهرة: مكتبة الخانجي، 1976).

عبد السلام عبد الغفار: **مقدمة في الصحة النفسية** (القاهرة: دار النهضة العربية، 1976).

جمال الخطيب: **تعديل السلوك: القوانين والإجراءات** (عمان: جمعية عمال المطابع الأردنية، 1988).

13) Neil F. Bracht: "Preventive Health Care and Wellness", **Encyclopedial of Social Work** Silver Spring Maryland, N.A.S.W., Vol. 2, 18th. Ed., 1987, P. 315.

14) محمود الزيادي: "ضغوط الحياة وعلاقتها بالاكتئاب والأغـراض الـسيكوسوماتية والإدمان"، **حولية كلية التربية**، كلية التربية، جامعة الإمارات، العدد الثاني الـسنة الثانية، يونيو 1987، ص97.

15) محمد خالد الطحان: **مرجع سبق ذكره**، ص84.

16) انظر: محمود الزيادي: **أسس علم النفس العام**، مرجع سبق ذكره.

17) J. Gallagher, P. Bekaman & H. Cross: "Families of Handicapped Children: Sources of Stress and its Amelioration", **Exceptional Children Journal**, No. 50, PP. 10-19.

18) Don Macken & Brian Jones: **Introduction to Human & Social Biology** (London: John Murray, 2nd. Ed., 1985) p. 262.

19) أحمد عبد العزيز النجار: **الإجهاد النفسي وضغوط العمل** (أبو ظبـي: مركـز البحـوث والدراسات الأمنية والاجتماعية، 1994) ص 90-103.

20) See: Hane Selye: **The Stress of Life** (N.Y.: Mc Graw Hill, 1956).

محمود الزيادي: **أسس علم النفس العام** (القاهرة: مكتبة الأنجلـو المـصرية، 1980) ص 217-218.

محمد أحمد غالي وآخر: **القلق وأمراض الجسم** (الكويت: مكتبة الفلاح، 1977) ص 591 - 594.

21) See: H.R. Leavell & E.G. Clark (eds.) **Text of Preventive Medicine,** (N.Y.: McGraw Hill, 1953).

فوزي علي جاد الله: **الصحة العامة والرعاية الصحية** (القاهرة: دار المعارف، ط 6، 1985) ص ص 11 - 14.

22) Martin Bloom: **Primary Prevention: The Possible Science** (New Jersey: Prentice-Hall, Inc., 1991) PP. 49-53.

23) Lewayne D. Gilchrist, Steven Paul Schinke & Betty Jean Bly: "Children and Primary Prevention Services for the Children and Youth": **Youth Services Review**, Vol. 1, 1979, PP. 379-391.

24) J.W. Gustad: "The Defintion of Counselling", in R.F. Berdie (ed.) **Roles and Relationships in Counselling** (Minneapolis: Univ. of Minnesota Press, 1953) PP. 1-4.

25) L.M. Brammer & El. Shostrom: **Therapeutic Psychology: Fundamentals of Counselling and Psychotherapy** (n.J.: Prentice-Hall, 1977) PP. 1-3.

26) حامد عبد السلام زهران: **التوجيه والإرشاد النفسي** (القاهرة: عالم الكتب، ص3، 1980) ص11.

27) See: J.M Fuster: **Personal Counselling** (Bombay: St. Pauls, 1994) PP.1-10.

M.C. Shaw & J.K Tuel: "A focus For Public School Guidance Programs: A Model and a Proposal," **Personnel & Guidance Journal** ,44, 1966, PP. 814-830.

H.J. Taylor: **School Counselling** (London: Macmillan, 1971).

C.H. Patterson: **Theoreis of Counselling and Psychotherapy** (N.Y. Harper & Row, 4th ed., 1986).

صالح أحمد الخطيب: **الإرشاد النفسي في المدرسة** (العين: دار الكتاب الجامعي، 2003) ص ص 257 – 260.

28) انظر:

Murray G. Ross: **Community Organization, Theory and Principles** (N.Y.: Harper & Brothers, 1955) PP. 200-205.

Charles Zastrow: **The Practice of Social Work** (Homewood, Illinois: The Dorsey Press, 1981) PP. 73-75.

29) حسين شرارة ومحمد السعيد خشبة: **برنامج تكنولوجيا المعلومات** (القاهرة: المجموعة الاستشارية للشرق الأوسط، 1995) ص2.

30) Langenbach G. Robert: **Introduction to Automated Data Processing** (N.Y.: Prentice-Hall, 1968) PP. 12.

31) Computer Business Management: **Computers, Introductory Basic** (Bambay: CBM Publication, 1991) PP. 8-9.

32) Shelley Chasen & Sylvia B. Cohen: **Basic Computing** (N.Yh.: Scholastic Inc., 1984) P. 64.

33) Paul Gray: **Gudie to IFPS/Personal** (N.Y.: McGraw-Hill, Inc., 1988) P. 15

34) انظر: مدحت محمد أبو النصر: "المعلومات ونظم المعلومات في الإمارات العربية المتحدة: الواقع والطموح"، **المؤتمر الدولي: دور الحاسوب في التعليم التجاري وانعكاساته على بيئة الأعمال**، كلية العلوم الإدارية والاقتصادية، جامعة الإمارات، العين: 25-26 أكتوبر 1995، ص8.

مدحت محمد أبو النصر: **قواعد ومراحل البحث العلمي** (القاهرة: مجموعة النيل

العربية، 2004).

35) حامد عبد السلام زهران: **مرجع سبق ذكره**، ص165-166.

36) Medhat M. Abo El Nasr: **Social Work Practice and Political Parties at the Local Level in Egypt** (U.K.: University of Wales, Cardiff, Doctoral Dissertation, 1989) Ch. 5.

37) See: Kay S. Hoffman & Alvin L. Salle: **Social Work Practice, Bridges to Change** (Boston: Allyn & Bacon, 1994) PP. 5-8.

38) مدحت محمد أبو النصر: "ترشيد العملية التدريبية: المفهوم والمحاور"، **مجلة الإدارة**، المجلد 28، العدد الثاني، أكتوبر 1995، ص27.

39) مدحت محمد أبو النصر: العوامل الرئيسية المؤثرة في تعظيم عائد التدريب أثناء الخدمة في المهن المساعدة – دراسة ميدانية، **مؤتمر التدريب.. المستقبل**، هيئة التعليم التطبيقي، الكويت: أكتوبر 1993، ص1.

40) انظر:

See: Marion Bogo & Elaine Vayda: **The Practice of Field Instruction in Social Work** (Toronto: University of Toromto Press, 1987) Ch. 1.

إبراهيم عبد الرحمن رجب: **أساسيات التدريب الميداني في محيط الرعاية الاجتماعية والتنمية الاجتماعية** (القاهرة: مكتبة وهبة، 1988) ص 17-19.

مدحت محمد أبو النصر: **مفهوم ومراحل وأخلاقيات مهنة التدريب** (القاهرة: إتيراك للطباعة والنشر، 2007).

مدحت محمد أبو النصر: إدارة العملية التدريبية: **النظرية والتطبيق** (القاهرة: دار الفجر، 2008).

41) المصدر: مدحت محمد أبو النصر: "التأمينات الاجتماعية كأحد مداخل الرعاية الاجتماعية في مصر"، **ندوة دور قطاع التأمين في التنمية الاقتصادية**، كلية التجارة وإدارة

الأعمال، جامعة حلوان، القاهرة: 11 مارس 2003.

42) مراجع هذا البحث:

أولاً: المراجع العربية:

1- **مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق**: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، العدد 68، السنة 13، القاهرة ديسمبر 2001، ص ص 68-69.

2- محمد رفعت الصباحي: **التشريعات الاجتماعية في الخدمة الاجتماعية** (القاهرة: دار النمر للطباعة الحديثة، 1996) ص105، ص307، ص399.

3- مدحت محمد أبو النصر: **الرعاية الاجتماعية في الإمارات العربية المتحدة** (العين: مكتبة الفلاح، 1996) ص ص 28-35.

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

1- Joseph Heffernan & et al.: **Social Work and Social Welfare**_(St. Panl: Wes Publishing co., 2 nd. Ed., 1992) P1, p. 6.

2- Robert L. Barker: **The Social Work Dictionary**_(Washington, DC: NASW Press, 4 th. Ed., 1999) p. 455.

3- Ronald c. Feederic: **Social Welfare in Today s World** (N.Y.: Mc Graw Hill Publishing Co., 1990) p. 24.

الفصل السابع: مجالات الوقاية

أولاً: الوقاية من الانحراف والجريمة.

ثانيًا: الوقاية من الإدمان.

ثالثًا: الوقاية من الإعاقة.

رابعًا: الوقاية من الأمراض الجسمية.

خامسًا: المنهج الوقائي في خدمات رفاهية الأطفال.

سادسًا: الوقاية من العنف ضد الأطفال.

مراجع الفصل السابع.

الفصل السابع

مجالات الوقاية

Fields or Scopes of Prevention

سوف نتناول في هذا الفصل أمثلة لبعض مجـالات الوقايـة والتـي يمكـن للأخصائي الاجتماعي أن يلعب دورًا واضحًا مع زملائه من التخصصات المهنيـة الأخرى في فرق العمل التي تعمل مع الناس أو المـستهدفين وذلـك بهـدف أولاً: مساعدتهم على أن يقوا أنفسهم من المشكلات، وثانيًـا: مـساعدتهم علـى عـلاج المشكلات في حال حدوثها.

أولاً: الوقاية من الانحراف والجريمة:

عرف ميتشل دينكان Mitchell Duncan الانحراف Deviance بأنه يشير إلى "أي سلوك لا يكون متوافقًا مع التوقعات والمعايير التي تكون معروفة ومتفقًا عليها داخل النسق الاجتماعي ويشارك فيها الشخص مـع بقيـة أعـضاء المجتمـع"[1]. والانحراف بهذا المعنى هو "الابتعاد عن القواعد التي يحددها المجتمـع كمعـايير للسلوك المرغوب، أو هو تجاوز لدرجات السماح التي يقرها المجتمـع"[2]. أي إن الانحراف سلوك يخرج عما حددته القوانين Laws والمعايير Norms.

ويعرّف كين براون Ken Browne الجريمة Crime بأنها أي عمـل معـادي وخارق للقانون Law Breaking بدون عذر أو سـبب دفـاعي تدينـه إجـراءات المحاكمة. ويخضع الجاني هنا للعقاب لما ترتـب علـى سـلوكه مـن أضـرار

للمجتمع[3]. فالجريمة بالتالي هي سلوك لا اجتماعي Anti – Social Behaviour مضاد للمجتمع ومخالف للقانون وغير متوافق مع ثقافة المجتمع.

وللوقاية من الانحراف والجريمة يجب أن تتضافر جهود عدد المؤسسات الاجتماعية الرسمية وغير الرسمية كالمدرسة ووسائل الإعلام والمسجد والأسرة والأندية وغيرهم. وفي هذا المجال يمكن أن نقترح الآتي[4]:

1- العمل على تعزيز القيم الأخلاقية داخل الأسرة والبيئات الأخرى التي يعيش فيها الناس، ووقايتهم من تشرب القيم الانحرافية، وفي هذا يلعب الدين دورًا بارزًا في برامج الوقاية من الانحراف؛ حيث يعمل الدين كأحد الضوابط الاجتماعية للسلوك.

2- الاهتمام بالفحص الجسمي والنفسي والعقلي والاجتماعي للأطفال والشباب خاصة والعلاج المتصل بهذه الجوانب مع تقديم النصح والإرشاد النفسي والاجتماعي للفرد وللأسرة وللجماعة سواء في المنزل أو المدرسة... وهذه الجهود تلعب دورًا هامًا في الحد من الانحراف والعمل على تعديل السلوك وخاصة إرشاد الأطفال والشباب نحو السلوك القويم.

3- تنفيذ برامج خاصة بالشباب تهدف لزيادة الوعي لديهم بمشكلات النمو والمراهقة وكيفية التعامل مع هذه المشكلات.

4- إعداد وتنفيذ برامج مفيدة لشغل أوقات الفراغ للنشء وللشباب، وبما يحقق لهم ذاتهم بطريقة مشروعة.

5- إعداد وتنفيذ برامج إعلامية وتوجيهية موجهة للأسرة وللمدرسة توضح أهمية دور هذه المؤسسات في وقاية الأطفال والشباب من الانحراف. ولعله من المناسب أن نشير إلى بعض المؤسسات الاجتماعية ودورها في الوقاية من الانحراف.

الأسرة:

الأسرة هي المؤسسة الأولى التي ينشأ في أحضانها الطفل، وفيها تبدأ عملية التنشئة الاجتماعية. لقد أثبتت الدراسات أن السنوات الخمس الأولى في عمر الطفل تؤثر في تشكيل شخصيته وسلوكه تأثيرًا يلازمه طوال حياته، ومن هنا كانت الأسرة من أهم المؤسسات التي يمكن أن تلعب دورًا في وقاية أبنائنا وشبابنا من الانحراف. فكلما كانت الأسر مترابطة ومتماسكة يسودها المناخ المناسب لتربية وتنشئة الأطفال والشباب تنشئة سليمة، كانت أقدر على حماية الأبناء من الوقوع فريسة لمشكلات المراهقة وغيرها من المشكلات.

فقد أوضحت بعض الدراسات أن هناك علاقة واضحة بين اضطراب العلاقات الأسرية وتوترها وانحراف الأبناء[5].

كذلك يجب العمل على تجنب الأبناء التأثيرات السلبية الناتجة عن تفاعلهم وتعاملهم اليومي مع الخادمات والعمالة الوافدة والشباب من جنسيات أجنبية، وتعليم الأبناء مهارات التعامل السليم مع هذه الفئات في حدود الدين وثقافة المجتمع.

المدرسة:

تلعب المدرسة دورًا هامًا في وقاية الشباب من الانحراف، فالمدرسة ليست مكانًا لإكساب التلاميذ المعرفة والمعلومات فقط، بل هي مكان لصقل شخصية التلميذ وتزويده بالخبرات الحياتية المختلفة، وتزويده بالقدرات الخاصة لمواجهة الحياة ومشاكلها بشكل إيجابي.

ولكي تكون المدرسة قادرة على أداء دورها يجب أن تكون أولاً مكانًا محببًا للطلاب والتلاميذ لا مكانًا ينتظر التلميذ كل فرصة للابتعاد عنها. ويمكن للمدرسة من خلال الملاحظات المستمرة للطالب رصد أي تغير في سلوكه، وبالتالي اتخاذ الوسائل والإجراءات التربوية اللازمة لتعديل هذا السلوك في أوله قبل أن تتفاقم المشكلة.

ومن هذه الإجراءات والوسائل، الأنشطة الرياضية والاجتماعية والثقافية المختلفة، وحصص التوجه الجمعي التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون، ونظام ريادة الفصول أو المدرس الرائد، والاتصال المباشر والسريع بالأسرة لوضع خطة شاملة لتعديل سلوك الطالب الجانح قبل تفاقم الأمور(6).

وسائل الاتصال الجماهيري:

إن وسائل الاتصال الجماهيري المقروءة والمسموعة والمرئية يمكن أن تلعب دورًا رئيسيًا في الوقاية من الانحراف والجريمة بما تبثه من برامج تعليمية وبرامج ترويحية وبرامج إرشاد وتوعية... أيضًا من خلال عرضها للنماذج السلوكية الإيجابية وللنماذج السلوكية الجانحة وكيف كانت عواقب أصحابها وخيمة.

ودرجة تأثير وسائل الاتصال الجماهيري وخاصة الوسائل المرئية منها مثل التلفزيون والسينما والفيديو على جمهور المشاهدين تعتبر كبيرة سواء بالإيجاب أو بالسلب؛ وذلك لما لهذه الوسائل من عناصر الجذب والسهولة وشد الانتباه وكونها متاحة 24 ساعة في اليوم وخاصة بعد ظهور الأطباق اللاقطة Satellite Dishes. ويمكن القول إن أكثر الفئات تأثرًا بما يعرض في السينما والتلفزيون هم الأطفال والشباب.

ولقد أثبتت بعض الدراسات أن كثيرًا من السلوكيات المنحرفة أو الجانحة اكتسبها الأحداث عن طريق التعلم والمحاكاة لما يشاهدونه في السينما والتليفزيون وأفلام الفيديو من أفلام العنف والسرقة والجنس.

ولذلك حرص المشرعون في كثير من الدول على مراقبة ما يعرض في السينما، كما حددت الأوقات التي تعرض فيها البرامج غير المناسبة للأطفال والمراهقين في التليفزيون. وبعد كل هذا يأتي دور الأسرة في مراقبة ما يشاهده

الأطفال والشباب، وذلك عن طريق تحديد أوقات معينة للمشاهدة التليفزيون واختيار البرامج المفيدة وغير الضارة بعقول وعواطف الأطفال والشباب.

المسجد:

لقد لعب المسجد دورًا هامًا في تاريخ الأمة الإسلامية؛ فقد كان نواة الدولة الإسلامية في المدينة المنورة. ولم يكن المسجد دارًا للعبادة والدعوة إلى العمل الصالح فحسب، بل كان يقوم بعملية التجنيد للجهاد، وكان مكانًا للدراسة يتعلم فيه الفرد أمور دينه ودنياه والحلال والحرام، وكان المسجد هو الجامعة التي يتخرج منها الشباب المؤهلين لإدارة الدولة الإسلامية.

وفي مجال التكافل الاجتماعي كان المسجد ملاذًا لكل محتاج. وكانت ساحته مقرًا للمفاوضات. لكل ذلك يجب إحياء دور المسجد على الأقل في جانبه التعليمي الوقائي بحيث يكون جانبٌ من حلقات الدروس التي تقام في المسجد والمحاضرات والخطب مرتبطًا ارتباطًا مباشرًا ووثيقًا بمشكلات المجتمع المختلفة وكيفية التغلب عليها والوقاية منها. وتعويد الصغار والشباب على ارتياد المساجد للاستفادة من الدروس الدينية والتشبع بالقيام والأخلاق الإسلامية السامية[7].

ثانيًا: الوقاية من الإدمان:

الإدمان Addiction حالة تعود قهري على تعاطي مادة معينة من المواد المخدرة Drugs بصورة دورية ومتكررة بحيث يلتزم المدمن بضرورة الاستمرار في استعمال هذه المادة، فإذا لم يستعملها في الموعد المحدد فلا بد أن تظهر عليه أعراض صحية ونفسية بحيث تجبره وتقهره للبحث عن هذه المادة وضرورة استعمالها[8].

وللوقاية من الإدمان لدى الشباب يمكن اقتراح الآتي:

1- تنفيذ برامج التوعية لإيضاح كل ما هو ضار بجسم وعقل الإنسان مثل: التدخين والإدمان على المخدرات والمسكرات.

2- التوسع في نشر مكاتب الاستشارات والتوجيه الأسرى، لما لتصدع الأسرة من أثر سيئ في انتشار التعاطي والإدمان بين أبنائها.

3- تدعيم الجمعيات الأهلية (التطوعية – ذات النفع العام) للقيام بدور إيجابي وفعال للتوعية ضد المخدرات والمسكرات والتدخين.

4- ضرورة قيام المؤسسات الدينية بدورها في التصدي لمشكلة الإدمان والتدخين وبيان حرمته في حكم الأديان السماوية، ونشر التوعية الدينية الفعالة في هذا المجال.

5- اتخاذ كافة السبل لتبصير المواطنين وخاصة أولياء الأمور بخطر تفشي تعاطي المواد المخدرة والمسكرة والتدخين.

6- تشديد العقوبة على كل من له اتصال بالمواد المخدرة والمسكرة سواء كان بالزراعة أو الإنتاج والتصنيع والنقل والتوزيع والتعاطي وتوفير أماكن التعاطي أو أدواته..

7- تشديد الرقابة على الموانئ والمطارات والحدود.

8- تكثيف جهود وسائل الإعلام للإسهام في الحملة القومية لمكافحة هذه الآفة والاستعانة بذوي التخصص والقدرة على الإقناع وكذا الشخصيات العامة ذات التأثير الجماهيري..

9- اعتبار التبصير بهذه الآفة من بين أهم البرامج الدراسية لإقناع النشء والشباب بمخاطرها.

10- ضرورة إقامة الندوات بالمدارس والجامعات والنوادي حول التدخين والإدمان وبيان الأضرار الناجمة عن ذلك سواء بالصورة أو الفيلم أو الكلمة وبيان آثار ذلك على أجهزة جسم الإنسان.

11- الاهتمام بالنشاط الرياضي والثقافي والفني داخل المدارس والجامعات وذلك لشغل أوقات التلاميذ والطلاب في أعمال مفيدة وناجحة.

12- نشر الأندية الرياضية والثقافية والاجتماعية ليشترك بها الشباب، وذلك لشغل أوقات فراغهم بشكل سليم ومناسب وتحت إشراف مهني.

ثالثًا: الوقاية من الإعاقة:

الإعاقة لفظ مشتق من التأخير أو التعويق، ومعناه باللغة الإنجليزية Disability أي عدم القدرة أو Handicapped أي تكبيل اليدين أو Deformity بمعنى عاهة أو عيب أو تشوه أو Deficiency بمعنى عجز أو قصور أو نقص[9].

والإعاقة هي حالة انحراف أو تأخير ملحوظ في النمو الحسي أو الجسمي أو العقلي أو الاجتماعي؛ مما ينجم عنه صعوبات وقيود وحاجات خاصة (Special Needs).

وقد عرّف مؤتمر السلام العالمي والتأهيل المهني، المعاق بأنه كل شخص يختلف عمن يطلق عليه لفظ سوي أو عادي Normal جسميًا أو حسيًا أو عقليًا أو نفسيًا أو اجتماعيًا إلى الحد الذي يستوجب معه عمليات تأهيلية Rchabilitation خاصة، حتى يحقق أقصى قدر ممكن من التوافق Adaptation تسمح به قدراته المتبقية[10].

هذا وتشير إحدى وثائق منظمة الصحة العالمية WHO إلى أن ما لا يقل عن 50% من حالات الإعاقة أو الإصابة بالعجز يمكن تلافي حدوثها إذا ما توفرت الإجراءات الوقائية المناسبة[11].

وللوقاية من الإعاقة يمكن اقتراح الآتي:

1- ضرورة معاملة الأطفال والشباب المعاملة المناسبة والبعد عن الإساءة إليهم Child Abuse، وعدم التذبذب في طريقة معاملتهم بالحماية الزائدة تارة أو الرفض تارة أخرى وبالشكل الذي يضر نموهم بصفة عامة.

2- مساعدة الأطفال والشباب في تجنب الحوادث Accidents التي يمكن أن تقع لهم في المنزل أو المدرسة أو العمل أو الشارع أو النادي.

3- الكشف الصحي الدوري عليهم.

4- توفير خدمات الطب الوقائي Preventive Medicine لهم.

5- إنشاء وتوفير مراكز التدخل المبكر Early Intervention وذلك لاكتشاف بوادر أي إعاقة مبكرًا، مما يسهل منع تفاقمها.

6- تعليم الشباب المهارات الضرورية للتعامل مع الآلات والمعدات مثل: تعليمهم فن قيادة المركبات (مثل: الدراجات والسيارات....) بشكل يحقق سلامتهم وسلامة الآخرين.

7- يلاحظ أن مشاركة الجمعيات ذات النفع العام في مجال الوقاية من الإعاقة ومجال رعاية وتأهيل المعاقين محدودة جدًا، وتبدو الحاجة ملحة لتشجيع هذه الجمعيات على دخول هذين المجالين لمساعدة الأسر والمؤسسات الحكومية في تحمل الأعباء اللازمة، ولتوسيع مجال الخدمات والارتقاء بها كمًا ونوعًا[12].

وبشيء من التفصيل يمكن توضيح كيفية وقاية الأطفال والشباب من الحوادث التي يمكن أن تقع لهم[13]:

(أ) حوادث المنزل:

على الوالدين أن يقوما بتبصير وتثقيف أبنائهم بعوامل الخطر الموجودة في المنزل مثل: الأدوية والمواد الكيماوية والمنظفات وبعض أدوات المطبخ (خاصة السكاكين) وأجهزة التدفئة والأجهزة الكهربائية... والتي يمكن ترتيبها ووضعها بشكل سليم يساعد على تجنب وقوع العديد من الحوادث المؤلمة[14].

هذا وقد يساعد جهاز التليفزيون الذي يتواجد في كل منزل على زيادة وقوع الحوادث بفضل ما يبثه من قصص خيالية بالإضافة إلى أفلام العنف والجريمة والجنس[15]، لذلك من الضروري توجيه وإرشاد الأبوين لعدم ترك الأطفال والشباب لفترات طويلة أمام التليفزيون وعدم السماح لهم بمشاهدة الأفلام والبرامج التي تمثل خطورة عليهم. كما نركز هنا على أهمية مشاهدة الأبوين للتلفزيون مع أبنائهم حتى يمكن أن يوضحوا بعض الأمور في شكل تعليقات سريعة وبسيطة لتوضيح أن الذي يتم مشاهدته مثلاً قصة خيالية أو أن هذا خطأ، أو مخالف للدين.

(ب) حوادث الطريق:

حوادث الطريق متعددة، ويذهب ضحيتها سنويًا أعداد كبيرة من الناس من جميع الأعمار، إما بسبب نقص الوعي، أو اللامبالاة وتقع على الوالدين مسؤولية تعليم الأطفال قواعد السلامة المرورية Traffic Safty Rules في سن مبكرة حتى يشب الطفل وهو يحترم هذه القواعد ويدرك أن باتباعها يحقق السلامة له ولغيره. كما يجب أن يقدم الأهل المثل والقدرة الحسنة في هذا الشأن؛ لأن الطفل والشاب يقلدان الكبار في كثير من السلوك والعادات.

(ج) حوادث المدرسة:

تقع في المدرسة أحيانًا حوادث عديدة قد تسبب الإعاقة لتلاميذها أو طلابها. وهذه الحوادث هي نتاج لأسباب متنوعة نذكر منها:

1- الأسلاك والتوصيلات الكهربائية المكشوفة.
2- درجات السلم المتآكلة أو غير المثبتة.
3- النوافذ والأبواب والمقاعد المكسورة.
4- وجود الزجاجات الفارغة في الملاعب والأفنية.
5- التدافع عند الانصراف وأثناء الفسحة وخاصة في الممرات الضيقة وعند الدرج والفتحات والأسوار والأبواب.
6- الاندفاع لركوب الحافلات المدرسية أو النزول منها قبل وقوفها التام، أو الوقوف خلفها.

وبالطبع لابد من القيام بعدة إجراءات لوقاية التلاميذ والطلاب من هذه الحوادث، نذكر منها:

1- إجراء عمليات الصيانة الدورية والسنوية بانتظام لجميع مرافق المدرسة.
2- إجراء عمليات النظافة اليومية بشكل دوري.
3- توعية وتوجيه التلاميذ أو الطلاب بخطورة التدافع والاندفاع في أية مناسبة.
4- ضرورة وجود مشرف لكل حافلة مدرسية لتنظيم عمليات صعود ونزول التلاميذ والطلاب منها.
5- توعية أولياء الأمور ليقوموا بدورهم في توعية ونصح وإرشاد أبنائهم في كيفية الحفاظ على أنفسهم وعلى سلامتهم من الحوادث.

رابعًا: الوقاية من الأمراض الجسمية:

لقد تغير مفهوم الصحة Health فبعد أن كانت تعرف الصحة بأنها مجرد الخلو من المرض Illness / Sikness أو العجز، أصبح ينظر إليها على أنها حالة من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة (تعريف هيئة الصحة العالمية WHO)[16].

وللوقاية من الأمراض الجسمية يمكن اقتراح الآتي:

1- اتخاذ الإجراءات الوقائية التي تضمن صلاحية الزوجين من الوجهة الصحية، وذلك بتعميم مكاتب فحص الراغبين في الزواج، بحيث يعلق توثيق الزواج على تقرير هذه المكاتب بصلاحية الزوجين من الوجهة الصحية، خاصة من ناحية القدرة على الإخصاب لدى الرجل والقدرة على الإنجاب لدى المرأة، والخلو من الأمراض الوراثية والتناسلية والمعدية...

2- العلاج من أية أمراض قبل عملية الحمل والولادة، حتى لا تنقل هذه الأمراض إلى المواليد.

3- أهمية تعميم وتدعيم مراكز رعاية الأمومة والطفولة لرعاية الحوامل، وإجراء عمليات الولادة، ورعاية الأم والرضيع بعد الولادة، وإعطاء الطفل التحصينات أو التطعيمات التي تقيه من الأمراض والإعاقات...

4- ضرورة حرص الأب والأم على إعطاء الأطفال التطعيمات في الأوقات والمواعيد المحددة.

5- توفير خدمات الطب الوقائي ونشرها بحيث تكون في متناول الأسر؛ مما يؤدي إلى انخفاض معدلات الوفيات والإعاقات لدى الأطفال والأمهات. ومثل أمثلة خدمات الطب الوقائي نذكر:

(ب) مراقبة الأمراض الوافدة وعلاجها.

(ج) القضاء على الوبائيات.

(د) خدمات رعاية الأمومة والطفولة.

(ه) التوعية بخطورة بعض الأمراض مثل الإيدز وشلل الأطفال وغير ذلك من الأمراض.

(و) برامج التثقيف الصحي والغذائي.

6- أهمية تعميم وتدعيم خدمات الصحة المدرسية وذلك لتوفير الرعاية الصحية للتلاميذ والطلاب وذلك من خلال على سبيل المثال:

(أ) تقويم صحة التلاميذ.

(ب) متابعة صحة التلاميذ.

(ج) الوقاية من الأمراض المعدية ومكافحتها.

(د) إجراءات الطوارئ والإسعافات الأولية.

(ه) برامج التوعية الصحية المرتبطة بالتغذية والوقاية من الحوادث.

7- حرص الأسرة على أن تكون تغذية الطفل سليمة وصحية ومناسبة من حيث النوع والكم لمرحلة نمو الطفل وعمره.

8- الكشف الدوري على الأطفال والشباب سواء في المدارس والجامعات أو العمل أو النوادي... كل ستة شهور أو سنة بما يساعد في اكتشاف الحالات المرضية في أدوارها المبكرة في وقت غالبًا ما تكون غير معروفة للمصابين بها أو لمن حولهم. وفي هذه الحالة غالبًا ما يكون العلاج شافيًا؛ مما يساعد على الوقاية من المضاعفات للمريض، أو انتشار المرض للآخرين إذا كان معديًا[17].

9- الاهتمام بالتربية الجنسية العلمية للشباب، وتوعيتهم بخطورة الممارسات الجنسية غير الشرعية (الزنا واللواط والسحاق) باعتبارها من أهم عوامل انتشار أمراض خطيرة، منها على سبيل المثال: الإيدز والزهري والسيلان.

خامسًا: المنهج الوقائي في خدمات رفاهية الأطفال:

تشرح آن لورانس Anne Lawrence في كتابها عن مبادئ حماية الأطفال Principles of Child protection المنشور عام 2004، أهمية المنهج الوقائي في مجال تقديم الخدمات لتحقيق الرفاهية للأطفال. وهى توضح ذلك من خلال الآتي: وفقًا لأسلوب العمل المتبع حاليًا، يتدخل ممارسو حماية الأطفال في شئون الأسرة فقط عند إحالة حالة ما متأزمة لهم، ويعني انتهاج سياسة وقائية نحو رفاهة الأطفال اضطلاع الممارسين بدور معتمد على المبادأة بدرجة أكبر، ومن الناحية المثالية يُفترض أن يقدم الممارس خدمة أولية وأن يكون له دور أكبر في توعية الآباء ومساندة الآباء وتمكين الأسرة. ويبدو من البحوث الحالية أن الممارسين يشعرون بالحاجة إلى إضفاء صبغة إنسانية على الاتصالات سواء مع الزملاء في الوكالات الأخرى أو مع العملاء. ويعطي ذلك دعمًا للنظرة التي تقول إن الممارس سيرحب بأداء دور منطو على قدر أكبر من المبادأة.

إن المنهج الوقائي منهج مساند (أو مؤازر) ولذا فإنه سيعمل بدون الوصمة التي تشعر بها بعض الأسر الآن من خلال اضطرارها لطلب المساعدة عند بلوغ الأمور مرحلة الأزمة. وسوف يكون الهدف إقامة خدمة دعم مقبولة كمؤسسة في المجتمع وتتردد عليها الأسر كمسألة روتينية.

تلك المؤسسة سيكون مقرها محليًا وتقدم مجموعة عريضة من الخدمات التي تلبي احتياجات جميع الأسر وليس فقط تلك التي تعتبر "متاعية"، وسيكون الحضور

إلى المؤسسة تطوعيًا وسيتم التشجيع عليه من خلال الإعلانات المناسبة، مع التعاون إن أمكن مع الوكالات الأخرى المعنية برفاهة الأطفال، وسوف يستلزم مثل هذا العمل ضرورة الاضطلاع بدور انعكاسي لا ينظر للأسرة نظرة ضيقة من منظور عقابي، ويتضمن ذلك إجراء عملية إعادة ترتيب كاملة للأولويات وإعادة تخصيص الموارد تبعًا لذلك[18].

سادسًا: الوقاية من العنف ضد الأطفال[19]:

مقدمة:

منذ بداية تاريخ الإنسان على الأرض شهدت البشرية أحداثًا كثيرة تميزت بالعنف Violence، بدأت بقتل قابيل لأخيه هابيل، واستمرت حتى الآن بشكل أكثر تنوعًا وقسوة... على الرغم من أن جميع الأديان السماوية دعت إلى الرحمة والمودة والتسامح وتقبل الأخر، ومبادئها تأمر بالحسنى والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر، وأوصت الإنسان بأخيه الإنسان مهما كانت ديانته أو لونه أو جنسيته أو أصوله الجغرافية أو العرقية أو السياسية...

ومن أنواع العنف التي زادت معدلاتها في جميع المجتمعات بدون استثناء العنف الأسري بأشكاله المختلفة، وخاصة العنف ضد الأطفال والعنف ضد الزوجة... كذلك يجب التنويه بأن ظاهرة العنف ليست مقتصرة على فئة معينة أو طبقة معينة أو مجتمع ما، بل تكاد المجتمعات جميعا سواء المتقدمة أو النامية أو المتخلفة – باختلاف فئاتها وطبقاتها تمارس سلوك العنف ضد الأطفال.

وإن اختلفت الصور والأشكال – وتنتهك حقوق الطفل التي أكدت عليها الشرائع السماوية والقوانين الوطنية (القطرية) والمواثيق الإقليمية والدولية بمعنى

أن العنف لم تسلم منه منطقة أو ثقافة أو فئة، إلا أن امتداده نحو الأطفال يجب أن يحظى بمزيد من الرعاية والاهتمام، لأن الأطفال هم شباب الغد وقادة المستقبل.

مفهوم العنف:

اشتق مفهوم العنف من الكلمة اللاتينية Vise بمعنى القوة وكلمة Altus بمعنى يحمل، وعلى ذلك فإن الكلمة في مفهومها العام تعني حمل القوة تجاه شيء ما أو شخص ما أو آخرين.

وتشير قواميس اللغة العربية والأجنبية إلى أن مفهوم العنف يشير إلى الخدمة بالأمر وقلة الرفق به، ويأتي لفظ العنف من عنف بمعنى أخذه بشدة وقوة.

هذا وهناك عدد من التعريفات المتاحة لمفهوم العنف، نذكر منها:

التعريف القانوني:

عرفت معظم القوانين العنف بأنه كل فعل ظاهرة أو مستتر، مباشر أو غير مباشر، مادي أو معنوي، موجه لإلحاق الأذى بالذات أو بآخر أو بجماعة أو ملكية أي واحد منهم، وهذا الفعل مخالف للقانون ويقع من يقوم به تحت طائلة القانون لتطبيق العقوبة عليه.

التعريف الاجتماعي:

يرى علماء الاجتماع ومهنة الخدمة الاجتماعية بأن العنف هو مجموعة من الأنماط السلوكية التي تصدر عن الفرد أو الجماعة، تؤدي إلى تصرفات غير اجتماعية وغير تربوية خطيرة، تتعارض مع القانون والمواثيق.

كذلك هناك من يعرف العنف بأنه ممارسة القوة أو لإكراه ضد الغير عن قصد، وعادة ما يؤدي ذلك إلى التدمير أو إلحاق الأذى والضرر المادي أو غير المادي بالنفس أو بالغير.

التعريف النفسي:

يعرف علماء النفس العنف بأنه مدى واسع من السلوك الذي يعبر عن حالة انفعالية تنتهي بإيقاع الأذى أو الضرر بالآخر سواء كان فردًا أو شيئًا ممثلاً في الإيذاء البدني أو الهجوم اللفظي أو تحطيم الممتلكات، وقد يصل إلى حد التهديد بالقتل أو القتل.

كذلك يرى علماء النفس بأن العنف هو سلوك غريزي مصحوب بالكراهية وحب التدمير، هدفه تصريف الطاقة العدائية المكبوتة تجاه الآخرين. كذلك قد يكون العنف نتيجة للإحباط الشديد ولعدم قدرة الشخص على التسامي أو لإعلاء أو ضبط النفس.

وفي ضوء ما سبق يمكن تعريف العنف ضد الأطفال على أنه: كل أشكال السلوك مباشر أو غير مباشر، لفظي أو غير لفظي، ظاهر أو مستتر، مادية أو معنوية، سلبية أو غير سلبية، يترتب عليها إلحاق أذى أو ضرر أو سوء معاملة أو إثارة للأطفال سواء كان هذا الأذى جسدي أو جنسي أو عاطفي أو إهمال؛ مما يترتب عليه آثار جسيمة ونفسية واجتماعية وتعليمية خطيرة. وهذه السلوكيات تتعارض مع القيم الدينية والقوانين والمواثيق القومية والإقليمية والدولية.

مستويات العنف:

العنف كسلوك سلبي وعدواني وغير اجتماعي يمكن تحديد ثلاثة مستويات له كالتالي:

المستوى الأول:

يتمثل في الاستجابات التي تعبر عن توجيه الأذى للآخرين عن طريق السب، التعصب لفكر خاطئ، العصيان، الاستهزاء بمشاعر الآخرين.

المستوى الثاني:

يتمثل في الاستجابات التي تتضمن إمكانية الاعتداء على الآخرين بالضرب، التشاجر، الاشتباك بالأيدي الاعتداء على الممتلكات، التلذذ بإيذاء الآخرين، إثارة الرعب.

المستوى الثالث:

يتمثل في الاستجابات التي تتضمن إمكانية الخروج على المعايير الاجتماعية كجرائم القتل، الاغتصاب، حمل السلاح للتهديد، المشاركة في إحداث الشغب والمظاهرات.

اشكال / أنواع العنف ضد الأطفال:

العنف ضد الأطفال أو الإساءة أو سوء المعاملة للأطفال Child Abuse له أشكال وأنواع عديدة، يمكن تصنيفها كالأتي:

التصنيف الأول:

1- العنف ضد النفس أو الذات.

2- العنف تجاه الأشياء والممتلكات سواء الخاصة بالشخص الذي يمارس العنف أو الخاصة بأشخاص آخرين.

3- العنف ضد الآخرين، ومنها على سبيل المثال: العنف ضد الأطفال والعنف

ضد الزوجة والعنف ضد الزوج والعنف ضد الأشخاص المهنيين (مثل العنف ضد المدرس والعنف ضد الطبيب والعنف ضد الأخصائي الاجتماعي...)....

فعلى سبيل المثال، تُمارس ضد الطفلة الأنثى بعض أشكال العنف، نذكر منها: حرمانها من اللعب، حرمانها من الخروج، حرمانها من التعليم، إلزامها بالمساعدة في الأعمال المنزلية، إلزامها بخدمة الأخ الأكبر، التمييز الواضح في معاملة الصغير عن الصغيرة دون مراعاة الآثار النفسية السلبية لهذه المعاملة، الزواج المبكر، ختان الإناث...

ومن أشكال العنف ضد الزوجة نذكر: الضرب من قبل الزوج، إهمال الزوج للزوجة، إلزامها بالعمل خارج المنزل ضد رغبتها، إلزامها بالإنفاق على الأسرة أو المشاركة في عملية الإنفاق، عدم وجود ذمة مالية مستقلة لها، الإذاء النفسي بالإهانات والألفاظ الجارحة، استغلال المرأة في البغاء، اغتصاب المرأة...

التصنيف الثاني:

1- الاعتداء أو الأذى الجسدي Bodily Abuse:

الاعتداء أو الضرر أو الأذى الجسدي هو أي اعتداء يلحق الأذى بجسم الطفل سواء باستخدام اليد أو بأية وسيلة أخرى. ويحدث على أثر ذلك رضوض أو كسور أو خدوش أو حرق أو جروح. وقد يصل الأمر في الاعتداء الجسدي إلى الخنق أو القتل.

2- الاعتداء أو الأذى الجنسي Sexual Abuse:

الاعتداء أو الضرر أو الأذى الجنسي هو شكل من أشكال الاعتداء الجسدي. ويقصد به استخدام الطفل لإشباع الرغبات الجنسية لشخص آخر. ويبدأ الاعتداء

الجنسي من التحرش الجنسي إلى ممارسة الجنس بشكل كامل مع الطفـل. وهـذا سيؤدي بلا شك إلى عدة آثار سلبية خطيرة على الطفل، منها على سبيل المثـال: إفساد أخلاق الطفل، تهتك الأعضاء الجنسية لدى الطفلة، حرمان الطفلة من الحمل والولادة في المستقبل، مشكلات الحمل المبكر والخطير لدى الطفلة.

3- الاعتداء أو الأذى العاطفي Emotional Abuse:

الاعتداء أو الأذى العاطفي هو إلحاق الضرر النفسي والاجتماعي للطفل، وذلك من خلال ممارسة سلوك ضد الطفل يشكل تهديدًا لصحته النفسية بما يـؤدي إلـى قصور في نمو الشخصية لديه، واضطرابات في علاقاته الاجتماعية بالآخرين.

ومن أشكال الاعتداء العاطفي: حرمان الطفل من الحب والحنـان والرعايـة والحماية والشعور بالأمن والأمان وحرمان الطفل من حقه في التعليم واللعـب... كذلك من أشكال الاعتداء العاطفي القسوة في المعاملة أو التدليل الزائـد والحمايـة المسرفة...

4- الإهمال Negligence / Neglect:

الإهمال نمط سلوكي يتصف بإخفاق أو فشل أو ضعف الأسرة والمدرسة فـي إشباع كل من الاحتياجات البيولوجية (مثل: الحاجة إلى المأكل والمشرب والملبس والمأوى) والاحتياجات النفسية (مثل: الحاجة إلى الأمن والأمان والرعاية...) ومن أشكال هذا الإهمال: إهمال تقديم الرعاية الصحية للطفل والإخفاق في تقديم الغـذاء المناسب والمأوى الملائم... كذلك من أشكال الإهمال في هذا المجال عدم الاهتمام بالاحتياجات التعليمية والتربوية للطفل مما يحرم الطفل من حقه في التعليم وحقـه في تنشئه اجتماعية سليمة...

العوامل المؤدية إلى العنف ضد الأطفال:

لقد تعددت الآراء حول تحديد العوامل المؤدية إلى العنف ضد الأطفال، ويمكن تقسيم تلك العوامل إلي:

1- عوامل ترجع إلى المجتمع.

2- عوامل ترجع إلى الأسرة.

3- عوامل ترجع إلى المدرسة.

4- عوامل ترجع إلى الطفل.

وفيما يلي توضيحًا لهذه العوامل:

أولاً: عوامل ترجع إلى المجتمع:

قد يكون المجتمع الذي تنحدر منه أسرة الطفل لديه ثقافة تنظر إلى العنف ضد الأطفال سلوكًا عاديًا وطبيعيًا، أو أن مثل هذا السلوك ليس عنفًا من وجهة نظر هذه الثقافة وأشكال من العنف قد يجعل مثل هذا السلوك شيء عادي ومقبول ويتم الرقود عليه.

ويستقر في ذهن المشاهدين أن العالم حافل بالعنف وأنه إحدى الطرق لتسوية المشكلات، وأن الذي يمارس العنف قد لا يعاقب... مما يجعل المشاهدين لا يشعرون بالذنب نتيجة لممارستهم العنف ضد الآخرين، ولا ينظرون إلى العنف على أنه تصرف غير أخلاقي.

ثانيًا: عوامل ترجع إلى الأسرة:

قد تمارس الأسرة العنف ضد أطفالها لأسباب عديدة نذكر منها:

1. وجود خلل أو قصور في بناء الأسرة مثل "التفكك الأسـري" أو التصدع داخل الأسرة، والذي يأخذ أشكالاً متعددة مثل الانفصال أو الطلاق أو الخلع أو النزاع المستمر أو سفر أحد الوالدين أو غيابه عن الأسرة.

2. كبر حجم الأسرة.

3. زيادة الأعباء الأسرية.

4. الظروف الاقتصادية الصعبة للأسرة مثل: "الفقر أو بطالة الأب واضطرار الأم للعمل وبالتالي يعتبر الطفل عالة ومسئولية ومصدر لعدم الترحيب بـه في الأسرة.

5. جهل الوالدين بأساليب التربية السليمة والصحيحة.

6. قد يستخدم الوالدان العنف كوسيلة للسيطرة على سلوك الطفل.

7. التنشئة الاجتماعية غير السليمة للأبوين.

8. الضغوط النفسية التي قد يعاني منها الوالدين أو أحدهما. فعلى سبيل المثال: أن الشخص الذي مورس ضده العنف في صغره، قد تتكون لديه مـشاعر سلبية وميولاً عدوانية، عادة ما يفرغ هذه المـشاعر عنـدما يكبـر تجـاه الآخرين ومنهم الأشخاص الأقل منه قوة مثل: الأطفال والمرأة.

كذلك قد يوجه العنف ضد الطفل، عندما يشعر أحد الوالدين بأنه هذا الطفل يأخذ اهتمام أحدهما بشكل يؤثر على الحياة الزوجية والأسرة. أيـضًا فـإن الأبوين اللذين حرما من الحنان في طفولتهما قد يصحبان غير قادران على إعطائه لأبنائهم.

ثالثًا: عوامل ترجع إلى المدرسة:

لا تقوم المدرسة بدورها في التوعية بحقوق الأطفال، وبتعليم التلاميذ مهارات الحياة، ومنها مهارة المحافظة على أنفسهم وعلى أجسادهم، وكيف يجنبون أنفسهم أي إثارة أو أذى، وكيف يعرفون الأشخاص الذين يتحرشون بهم جنسيًا، وملامح ذلك ومقدمات ذلك.

رابعًا: عوامل ترجع إلى الطفل:

قد يكون للطفل دور في تشجيع الآخرين لممارسة العنف ضده مثل:

1. وجود مرض عضوي لديه.
2. وجود مرض عقلي لديه.
3. وجود مرض نفسي لديه.
4. البكاء الشديد.
5. العناد المستمر.
6. ضعف الذات لدى الطفل.
7. عدم قدرة الطفل على إدراك الواقع الاجتماعي والثقافي.
8. عدم معرفة الطفل لما هو صحيح أو خطأ.
9. مشاعر الخوف لدى الطفل.
10. عدم ثقة الطفل في نفسه.

موقف المواثيق الدولية من العنف ضد الأطفال:

لقد أعلنت منظمة الأمم المتحدة في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الصادر عام ...... أن للطفولة الحق في رعاية ومساعدة خاصتين، واقتناعًا بأن الأسرة، باعتبارها الوحدة الأساسية للمجتمع والبيئة الطبيعية لنمو ورفاهية جمع أفرادها وبخاصة الأطفال.

وينبغي أن تولي الحماية والمساعدة اللازمتين لتتمكن من الاضطلاع الكامل بمسئولياتها داخل المجتمع، وتقر الدولة المصدقة على الاتفاقية حقوق الطفل بأن الطفل كي تترعرع شخصيته بشكل كامل ومتناسق، ينبغي أن ينشأ في بيئة عائلية وجو من السعادة والمحبة والتفاهم، وإذا ترى أنه ينبغي إعداد الطفل إعدادًا كاملاً ليحيا حياة فردية في المجتمع وتربيته بروح المثل العليا المعلنة في ميثاق الأمم المتحدة، وخصوصًا بروح السلم والكرامة والتسامح والحرية والمساواة والإخاء.

وتنص المادة 37 من اتفاقية حقوق الطفل الصادرة عام 1989 أن الدول الأطراف عليها أن تكفل لأي طفل ألا يتعرض للتعذيب أو لغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاإنسانية أو المهينة.

كذلك تنص المادة 19 من نفس الاتفاقية حكمًا أوسع نطاقًا؛ حيث تطلب من جميع الدول الأطراف اتخاذ جميع التدابير التشريعية والإدارية والاجتماعية والتعليمية الملائمة لحماية الطفل من كافة أشكال العنف أو الضرر أو الإساءة البدنية أو العقلية والإهمال أو المعاملة المنطوية على إهمال وإساءة المعاملة أو الاستغلال، بما في ذلك الإساءة الجنسية، وهو في رعاية والدية أو الوصي القانوني عليه أو أي شخص آخر يتعهد الطفل برعايته.

توصيات ومقترحات:

في هذا الشأن يمكن تقديم بعض التوصيات والمقترحات والتي يمكن أن تسهم في الوقاية أو الحد من أو مواجهة مشكلة العنف ضد الأطفال وهي كالتالي:

1. زيادة حملات التوعية للأسر بأساليب التنشئة الاجتماعية السليمة بحقوق الطفل ومخاطر ممارسة العنف ضده.
2. زيادة حملات التوعية لتلاميذ المدارس بحقوق الطفل وكيف يمكن لهم اكتساب مهارات الوقاية والتعامل مع مشكلة العنف ضدهم.
3. نشر الثقافة والوعي في المجتمع عن أضرار وآثار العنف والإساءة للأطفال، وخاصة بواسطة وسائل الإعلام الجماهيرية وأماكن العبادة.
4. في حالة ممارسة العنف ضد الأطفال فلابد من اتخاذ الإجراءات اللازمة نحو الكشف المبكر EARLY CAE FINDING والتدخل المبكر EARLY INTERVENTION بواسطة الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمعلمين ورجال الشرطة، ومعالجتها والتعامل معها بشكل مهني، وبشكل قانوني قضائي إذا تطلب الأمر ذلك.
5. ضرورة تدريب الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والمعلمين ورجال الشرطة على مهارات الكشف المبكر والتدخل المبكر عند اكتشاف ممارسة العنف ضد أحد الأطفال.

فهناك خصائص وملابسات وأدلة ظرفية يجب أن ينتبه إليها كل من الطبيب ورجل الشرطة والعامل بالقانون والأخصائي الاجتماعي للتمييز بين الإصابة الناجمة عن الإيذاء المتعمدة والإصابات الناشئة عن الحوادث المختلفة التي تعرض للطفل أثناء الحركة واللعب.

1. تكرار الإصابات: ويلاحظ التكرار إما عن طريق المتابعة المباشرة أو بمراجعة سجل التردد على الطبيب أو قسم الإسعاف والطوارئ، أو من خلال فحص الإصابات ومعاينة آثار التئامها وما ينبئ عنه ذلك من تدرج أطوار الالتئام الذي يدل بدوره على عمر الإصابة. فإذا وجدت إصابات في أطوار التئام مختلفة نم ذلك عن تكرار الإصابات في تواريخ متفاوتة.
2. التأخر في استعداء العناية الطبية: إذا كان والدي الطفل أو كان وليه السبب في إصابته فإنهم يترددون في نقله إلى الطبيب أو المستشفى خشية اكتشاف أمرهم، وعادة ما يؤجلون ذلك إلى اليوم التالي أو الفترة الليلية أملاً في أن طبيب الطوارئ المنشغل لن ينتبه إلى حقيقة ما جرى.
3. التردد بالطفل على مستشفيات متعددة أو أطباء مختلفون: يمكن معرفة ذلك من خلال السجلات الطبية، والمقصود عدم لفت انتباه الطبيب المعالج إلى تكرار الإصابات وتلافي الاستفسارات التي قد توقعهم في الحرج.
4. عدم تطابق الإصابة مع السبب المزعوم: لا تناسب الإصابات من حيث النوع والشدة مع المبررات التي يتقدم بها الولدان أو أولياء الطفل. كأن يدعي بأن سبب كسر يد الطفل سقوطه من فوق السرير، ثم يسفر التحقيق عن أن السرير لا يرتفع عن الأرض مسافة كافية لإحداث مثل ذلك الكسر وأن الفرش على أرضية الغرفة كفيل بتخفيف وطأة الصدمة.

هذا ولقد وضع مركز الدعم الاجتماعي التابع لإدارة الشرطة المجتمعية بالقيادة العامة لشرطة أبو ظبي دليل إرشادي للوالدين للوقاية من العنف والإهمال الأسري للأطفال، يمكن عرضه كالتالي:

المربون – الوالدان – المهتمون

لكل منهم دور في حماية الطفل والوقاية من الإساءة وخلق مجتمع أكثر سعادة وأكثر أمنا.

للوقاية من العنف:

- كن واعيًا لجميع أنواع العنف التي قد تؤثر على الطفل.
- احم الطفل من المواقف العدوانية.
- علّم الطفل المواقف الإيجابية لحل مشكلاته وعدم اللجوء إلى العنف.

ماذا تفعل للوقاية من العنف؟

1) افعل ما بوسعك لحماية الطفل ولتكن الأولوية لأمنه وصحته.

2) اتبع النصائح التالية إذا شعرت بالتوتر والغضب وعدم السيطرة:

- عِد إلي العدد (10) وخذ نفسيًا عميقًا.
- جد طريقة ما للهدوء ... كأن تتحدث إلى صديق أو تمارس هواية تحبها.
- حاول أن ترى الجانب المضحك من الموضوع.
- أطلب النصيحة حول كيفية التعامل مع الطفل من المدرسة أو صديق ذي خبرة أو أخصائي.

3) الإبلاغ فورًا عن العنف الممارس على الأطفال.

لوقاية طفلك من العنف خارج المنزل:

* علِّم الطفل دروسًا بسيطة للمحافظة على أمنه مثل:

- البعد عن المشاكل وخاصةً العراك.
- تجاهل المضايقات والإهانات الساخرة.

تأكد من أن الطفل يخبرك بالآتي:

- مع من يخرج؟
- أين يذهب؟
- متى سوف يعود؟

- اشرح للطفل مخاطر الأدوات الحادة وتخلص منها إن وجدت معه. وإن رفض تفهم ذلك وناقشه بالأمر وأقنعه.
- إذا تعرض الطفل للعنف في الشارع، أو في المدرسة، أو في البيت فلا تتردد بالاتصال بمركز الدعم الاجتماعي، أو أقرب مركز للشرطة.

الوالدان والمربون قدوة:

- أطفال الآباء الإيجابيين دافئون ومحبون وسلوكهم منضبط ومتزن ويتحملون المسؤولية، والتأديب الإيجابي يكون بتشجيع السلوك الذي تريد زرعه بالطفل وتعزيزه، وتذكر أن أكثر ما يتعلمه الطفل ويكتسبه يكون من الكبار.
- إذا فقد المربون السيطرة على أنفسهم بالعصبية والصراخ فهذا ما سيتعلمه الأطفال، ولأن خير الخطائين التوابون ... تعلم أن تعتذر إذا أخطأت واشرح لأطفالك ما الذي دفعك للعصبية، وتسامح فحتما سيتعلم الأطفال هذا السلوك منك.
- عامل الأطفال (ذكورًا وإناثًا) (كبارًا وصغارًا) سواسية، ولا تتوقع نفس السلوك من الجميع.
- ساعد الطفل في اختيار ألعابه، فبعضها قد ينمي لديه العنف، واشرح له خطر الألعاب الخطرة لأن موقفك الرافض للعنف سيفيد الطفل.

- راقب ما يشاهده الطفل عبر الشاشة الصغيرة (التلفاز)، وعلّمه كيف ينظر إلي ما يشاهده بعين الناقد وكيف يناقش ذلك، وتذكر أن يوازن الطفل بين ما يشاهده من برامج عنف وبرامج متنوعة أخرى ودعه يقارن.
- شجّع الطفل على السلوك اللاعدواني والتسامح ... وأفضل طريقة لذلك هي المحافظة على جو المنزل .... المدرسة ... هادئًا وسليمًا قدر الإمكان.
- علّم الطفل احترام الآخرين واحترام مهنهم، وشجعه على التفهم والتفكير والابتكار.
- استمع للطفل بكل جدية واهتمام وانتبه لما يقوله بعانية.

بناء الثقة والمهارات الاجتماعية في الطفل من خلال:

1- وضّح للطفل دائما أنك تحبه.

2- اقض وقتًا مع الطفل وشاركه الأشياء التي يحبها.

3- أشعر الطفل بقدر أهميته.

4- امنح طفلك بعضًا من الحرية، وشجعه ليفعل شيئًا جديدًا لنفسه.

5- امتدح الطفل وافتخر به وبإنجازاته وجهوده.

6- ارفض السلوك غير المرغوب فيه بطريقة لا تقلل من شأنه أمام الآخرين.

7- لا تقارن الطفل بأقرانه الآخرين.

القواعد الأساسية لسلامة الطفل؛

والإرشادات الضرورية في هذا المجال:

- عدم ترك الأطفال بمفردهم في المنزل بدون وجود شخص بالغ مهما كانت الظروف حتى ولو كانوا نيامًا.

- عدم إغلاق الأبواب بالأقفال والأطفال داخل المنزل، وإن كان ... فلا بد من إعطاء المسؤول عنهم نسخة من مفتاح القفل لفتح الباب عند الحاجة في حالات الطوارئ.
- عدم ترك السوائل القابلة للاشتعال والكبريت والولاعات في متناول أيدي الأطفال.
- إبعاد الأطفال عن كل مصادر الخطر داخل المنزل وخارجه.
- مراقبة الأطفال والتأكد من عدم عبثهم بما يمكن أن يُعرض سلامتهم للخطر.
- عدم ترك الأطفال بمفردهم في السيارة دون وجود شخص بالغ معهم.

إنَّ تربية الأطفال مسؤولية كبيرة تقع على عاتق الوالدين وأولياء الأمور، وهم أمانة الله في أعناقكم – فأحسنوا إليهم وهذبوهم واجتهدوا في تربيتهم وحافظوا على سلامتهم.

مراجع الفصل السابع

1- Mitchell Dun Can: **A Dictionary of Sociology** (London: Routledge & Kegan Paul, 1975) P. 55.

2- السيد علي شتا: **علم الاجتماع الجنائي** (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1987) ص17.

3- Ken Browne: **An Introduction to Sociology** (Oxford: Polity Press, 1992) P. 180.

4- انظر: مدحت محمد أبو النصر: "دور مهنة الخدمة الاجتماعية في مشكلة انحراف الأحداث" **ندوة انحراف الأحداث**، مجلس أباء منطقة أبو ظبي التعليمية وجمعية الحقوقيين، أبو ظبي 20 مايو 1995، ص ص 1-32. مدحت محمد أبو النصر: **الدفاع الاجتماعي** (أبو ظبي: مركز البحوث والدراسات الأمنية والاجتماعية، 1996) ص ص 18 - 30.

5- انظر على سبيل المثال: ظاهرة جنوح الأحداث في مجتمع الإمارات، **سلسلة الدراسات الاجتماعية** رقم (1)، جمعية الاجتماعيين، الشارقة: 1987. مدحت محمد أبو النصر وراشد محمد راشد: **رعاية الأحداث الجانحين في الإمارات العربية المتحدة** (دبي: تحت الطبع، 1996) الفصل الرابع.

6- مدحت محمد أبو النصر وسعد عبد الله الكبيسي: "وقاية الشباب من المشكلات"، **الندوة العلمية: واقع الشباب في الإمارات**، جمعية الاجتماعيين، الشارقة: 18 أبريل 1996، ص30.

7- انظر: عبد الله بن أحمد قادري، "دور المسجد في التربية والتعليم وعلاج انحراف الأحداث"، **الندوة العلمية السابعة معالجة الشريعة الإسلامية لانحراف الأحداث**، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض: 1407هـ، ص ص 235 – 350.

8- انظر: محمد سلامة غباري: **الإدمان** (الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1991). هاني عرموش: **المخدرات** (بيروت: دار النفائس، 1993).

فؤاد بسيوني: **ظاهرة انتشار وإدمان المخدرات** (الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية، 1988).

مدحت محمد أبو النصر: **مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات في مصر** (الجيزة: الدار العالمية للنشر والتوزيع، 2008).

9- منير البعلبكي: **قاموس المورد إنجليزي/ عربي** (بيروت: دار العلم للملايين، 1996) ص ص 256 – 257.

10- **World Peace and Vocational Rehabilitation,** New York: United Nations, 1978, PP. 2-3.

11- WHO: **Programs and Policy for Disability Prevention and Rehabilitation** (Geneva: WHO Document A 29/Inf. Dec. 1, 1976) PP. 1-3

12- انظر: مدحت محمد أبو النصر وأحمد عبد العزيز النجار: **الرعاية الاجتماعية في الإمارات العربية المتحدة: الماضي والحاضر والمستقبل** (العين: مكتبة الفلاح، 1996) ص ص 31 – 32 وص ص 116 – 120 وص139.

13- مدحت محمد أبو النصر: "دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة"، **ورشة العمل التدريبية حول الرعاية الأسرية للطفل المعاق**، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء

العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، الشارقة: 11-15 نوفمبر 1995، ص ص 10-11.

14- انظر: غسان شحرور: "الحوادث عند الأطفال"، **مجلة المنال**، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، العدد 75، مارس 1995، ص28.

WHO: **The Role of Research Accidents in Childhood and Adolescence** (Geneva WHO Publication, 1991) P. 15.

15- مدحت محمد أبو النصر: "العنف في برامج الأطفال"، مجلة الشروق، العدد 166، يونيو 1995، ص80.

16- WHO: **Constitution 1948, in Basic Documents** (Geneva: WHO Publication, 15th. Ed., 1964).

17- فوزي على جاد الله: **الصحة العامة والرعاية الصحية** (القاهرة: دار المعارف، ط5، 1985) ص13.

18- Anne Lawrene: **Principles of Child Protection: Managenent and Practice** (U.K.: Open University Press Limited, 2004).

19- مراجع: جزء الوقاية من العنف ضد الأطفال:

أولاً: المراجع العربية:

1. إجلال إسماعيل: **العنف الأسري** (القاهرة: دار قباء للنشر والتوزيع: 1999).

2. آن لورانس: **مبادئ حماية الأطفال**، الإدارة والممارسة، ترجمة عـلا أحمـد إصـلاح (القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2007).

3. جاسم خليل ميرزا: "أسباب العنف الرياضي"، **مجلة الأمن**، القيادة العامة لشرطة دبـي، العدد 366، دبي: يوليو 2005.

4. خالد إبراهيم الفخراني: **تطور السلوك العدواني عند الأطفال** (القاهرة: رسالة ماجستير، غير منشورة، *1989*).

5. فوزي بن عمران: "إيذاء الأطفال"، **مجلة الأمن**، القيادة العامة لشرطة دبي، العدد 362 دبي مارس 2005.

6. ليلى أحمد الملا: "العنف ضد الأطفال"، **مجلة الأمن**، القيادة العامة لشرطة دبي، العدد 366، دبي: يوليو 2005.

7. ليلى عبد الوهاب: **العنف الأسري** (بيروت: دار الهدى للثقافة والنشر، 1994).

8. ماهر أبو المعاطي علي: **دليل إرشادي لدور الأخصائي الاجتماعي للتعامل مع مشكلة العنف بين تلاميذ المدارس** (القاهرة: رابطة المرأة العربية، 2004).

9. محمد خضر عبد المختار: **الاغتراب والتطرف نحو العنف** (القاهرة: دار غريب، 1999).

10. مدحت محمد أبو النصر: **الدفاع الاجتماعي** (دبي: وزارة العمل والشئون الاجتماعية 1997).

11. مدحت محمد أبو النصر: **رعاية الأحداث الجانحين** (دبي: وزارة العمل والشئون الاجتماعية 1998).

12. مدحت محمد أبو النصر: **الإعاقة الاجتماعية** (القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2004).

13. موزة أحمد راشد العبار: "الطلاق والعنف الأسري"، **مؤتمر مواجهة ظاهرة العنف الأسري: الواقع والمأمول**، الجمعية العربية للتنمية البشرية، الإسكندرية: 11 – 13 يونيه 2005.

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

1. ANNE LAWRENCE: **Principles of Child Protection: Management and Practice** (UK: Open University Press Limited, 2004).
2. CORBY: **Child Abuse – Towards a know ledge Base** (Buckinghom: Open University Press, 2nd. Ed., 2000).

3. BARRETT KRISTA LEANNE: **School Violence** (CALIFORNIA: State University Press, 2000).
4. BARRIE GUNTER & JANCKIE HARRISON: **Violence on Television** (LONDON: Routhedge inc., 1998).
5. IAN SHOW: **Introduction to Violence** (Cardiff: School Of Social Work Press, 2005).
6. MULLENDER AUDREY: **Rethinking Domestic Violence** (LONDON: Routledge Publishers, 1996).
7. LORIL HEISE: **Violence Against Women** (WASHUNGTON dc: World Band, 1994).
8. POUL KINGSTON: **Family Violence, the Caring and Professions** (LONDON: Macmillan, 1995).
9. RONALD WALTON: **Violence Against Childs** (CARDIFF: Wales University Press, 2005).
10. SHERYL BRISSETT CHAPMAN: " Chile Abuse and Neglect: Direct Practice" , **Encyclopedia Of Social Work**, 19th end., vol. 1, NASW Press, WASHINGTON DC, 1995.
11. SUSAN J. WELLS: "Child Abuse" , **Encyclopedia Of Social Work.** 19th Ed., Vol. 1, NASW Press, WASHINGTON DC, 1995.
12. DAVID (ed): **Protection children From Abuse** (LONDON: Trenhm Books, 1994).

الفصل الثامن: دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة

مقدمة.

أولاً: دور الأسرة في درء عوامل الخطر التي تهدد نمو الأطفال.

ثانيًا: دور الأسرة في الكشف المبكر عن حالات الضعف والعجز.

ثالثًا: سبل تشجيع ودعم الأسر للقيام بدورها في الوقاية في الإقامة.

مراجع الفصل الثامن.

الفصل الثامن

دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة

مقدمة Introduction [1]:

تعتبر الطفولة Childhood من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان خلال فترة حياته؛ حيث تتشكل فيها اتجاهات الفرد وميوله واستعداداته، كما يتحدد بها مسار نموه الجسمي والعقلي والاجتماعي والنفسي والوجداني، لما توفره له البيئة المحيطة بعناصرها التربوية والصحية والاجتماعية. والأسرة Family هي أول وأهم وسيط تربوي في حياة الإنسان، فهي التي تغرس قيم الدين والأخلاق في سلوكه واتجاهاته.

والأسرة هي إحدى المؤسسات الرئيسية لعملية التنشئة الاجتماعية Socialization Process للإنسان لجعله كائنًا اجتماعيًا متفاعلاً مع مجتمعه ومتوافقًا معه.. وفي الأسرة توضع بذور الصحة النفسية والعقلية.. ويتشرب الطفل من أسرته القيم والعادات والتقاليد بما يشكل شخصيته وأنماط سلوكه واتجاهاته نحو نفسه والآخرين.

والأسرة هي الركيزة الأساسية في بناء الإنسان، فهي مسئولة عن المتابعة والإشراف بصورة مستمرة على شؤون أطفالها بتربيتهم التربية السليمة سواء كانت تربية دينية أو رياضية أو اجتماعية.. والأسرة عليها أن تنمي شخصية الطفل بحيث تكون شخصيته سوية ومستقلة واجتماعية بل ومبدعة، وتنمية قدرة الطفل على التمييز بين الخير والشر وعلى اتباع الخير والقيام به وعلى عدم اتباع الشر أو القيام به...

ولقد أثبتت الدراسات المحلية والعالمية أن الأسرة تؤثر بشكل حاسم على نمو طفلها، فإذا قامت الأسرة بوظائفها بشكل مناسب فإن تأثيرها سيكون إيجابيًا على نمو طفلها والعكس صحيح.. فعلى سبيل المثال تشكل العلاقة الآمنة بين الطفل ووالديه عنصرًا حيويًا في تطور القدرات لدى الطفل مثل: القدرة على الاتصال بالآخرين، والقدرة على حب الآخرين...[2].

إن مفتاح فهم الطفل هو طبيعة علاقته بالوالدين، فالعلاقة بين الطفل ووالديه الذين يعتنون به تعتبرا مؤثرًا إيجابيًا مهمًا على نموه. هذا النمو يتأثر بما يتعلمه الطفل من والديه، وبما يقدموه له من حب وعاطفة وحماية ورعاية[3].

ولا تقتصر وظائف الأسرة على تحقيق حاجات الزوجين فقط، بل تمتد لتشمل سد احتياجات الأبناء المادية والنفسية الذين لا يستطيعون دون رعاية الأسرة ضمان بقائهم ونموهم، نظرًا لما يكون عليه الطفل من عجز تام عن أن يقوم بنفسه بتوفير وإشباع احتياجاته الأساسية خاصة أن فترة الطفولة البشرية أطول فترة بالنسبة لغيرها من طفولة أنواع الكائنات الأخرى.

ويستلزم هذا الإشباع قيام علاقة مستقرة بين الطفل والكبار مدة طويلة من حياته إلى أن يصل إلى مرحلة النضج والقدرة على إعالة النفس، وبذلك يعتبر وجود الأسرة أمرًا حيويًا وضروريًا للأبناء[4].

أما إذا لم تقم الأسرة بدورها في رعاية أبنائها وحمايتهم من الأمراض ووقايتهم من الإعاقات.. ففي ذلك تأثير سلبي ليس فقط على الأسرة، بل على المجتمع الإنساني ككل وعلى مستقبله؛ حيث إن أطفال اليوم هم شباب الغد وقادة المستقبل. ووقاية الأطفال من الإعاقة هي مسؤولية مشتركة تقع على عاتق الأسرة والمدرسة والمجتمع.

ويهدف هذا الفصل إلى توضيح دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة. وهو دور هام ورئيسي ولابدً من إلقاء مزيد من الضوء عليه، أيضًا سيتم توضيح سبل تشجيع ودعم الأسر للقيام بهذا الدور بكفاءة وفعالية.

أولاً: دور الأسرة في درء عوامل الخطر التي تهدد نمو الأطفال:

تلعب الأسرة دورًا هامًا ورئيسيًا في درء عوامل الخطر التي تهدد نمو أطفالها. وهذا الدور يدخل تحت المستوى الأول من الوقاية من الإعاقة. وهناك عوامل خطر كثيرة تهدد نمو الأطفال نذكر منها على سبيل المثال:

1- الحوادث والإصابات.
2- الحروب.
3- العوامل الوراثية السالبة.
4- الأمراض بمختلف أنواعها.
5- عدم توفير العناية والرعاية اللازمة للأم الحامل وللطفل الرضيع.
6- الولادات المتعثرة وعدم إشراف طبيب متخصص في الولادة للطفل.
7- عدم إعطاء الأطفال التطعيمات في الأوقات والمواعيد المحددة.
8- سوء التغذية للأطفال (ومن ذلك إهمال الرضاعة الطبيعية للطفل).
9- إساءة معاملة الأطفال أو سوء استخدامهم Child Abuse.

ولدرء عوامل الخطر يجب أن تبذل الجهود وتقدم الخدمات وتخصص الموارد اللازمة حتى يمكن الوقاية من هذه المخاطر أو على الأقل التقليل من فرص ظهورها أو الحد من تأثيراتها السالبة على حياة مراحل نمو الأطفال. ومسؤولية ذلك هي مسؤولية مشتركة بين الدولة والمنظمات المعنية (سواء كانت دولية أو إقليمية أو قومية أو محلية) ومؤسسات المجتمع مثل (المدارس والمستشفيات

ووسائل الإعلام ومراكز رعاية وتأهيل المعاقين ومراكز التدخل المبكر..)... ولن يتم تحقيق هذا الهدف إلاّ من منظور الإحساس بالمسؤولية التضامنية والتعاون المشترك والتنسيق الفعال وأسلوب فريق العمل.

وبإيجاز يمكن تحديد دور الأسرة في درء عوامل الخطر التي تحدد نمو الأطفال في الآتي:

1- تجنب الحوادث التي يمكن أن تقع في المنزل.
2- عدم تفضيل الزواج من الأقارب.
3- العلاج من أي أمراض قبل عملية الحمل والولادة، حتى لا تنتقل هذه الأمراض إلى المواليد.
4- الاستفادة من مراكز رعاية الأمومة والطفولة، تلك التي توفر الرعاية اللازمة للأم الحامل وللطفل الرضيع بما يجنبهما أية مشكلات صحية، ويجنب المولود أية إعاقة قد يصاب بها.
5- ضرورة أن تتم الولادات بصفة عامة والولادات المتعثرة بصفة خاصة تحت إشراف طبيب متخصص.
6- ضرورة حرص الأب والأم على إعطاء التطعيمات في الأوقات والمواعيد المحددة.
7- حرص الأسرة على أن تكون تغذية الطفل سليمة وصحية ومناسبة من حيث النوع والكم لمرحلة نمو الطفل وعمره، والاهتمام بالرضاعة الطبيعية، خاصة في الفترة الأولى من حياة الطفل.
8- ضرورة معاملة الأطفال المعاملة المناسبة والبعد عن إساءة المعاملة والتذبذب والحماية الزائدة أو الرفض بالشكل الذي يضر نموهم بصفة عامة.

إن الأسرة أحيانًا لا يكون لديها الوعي الكافي بدورها في عمليات الكشف عن الإعاقة والتدخل المبكر، وهنا لابدَّ من تطوير شعورها بالمسؤولية ومساعدتها على توضيح دورها وأهمية هذا الدور. ويكون ذلك من خلال الاحترام والإرشاد والتدريب للأسرة من جانب مراكز التدخل المبكر والمستشفيات. أحيانًا أخرى يرى أولياء الأمور أنهم عديمو الحيلة في هذه العمليات، وأن الأخصائيين وحدهم يعرفون الطرق الصحيحة والأساليب المناسبة، بينما المسؤولية مشتركة، والوالدان شركاء Partners وعليهم دور رئيسي في الحفاظ على أطفالهم وتربيتهم ووقايتهم من الإعاقة أو اكتشافها مبكرًا والمساعدة في التدخل المبكر لوقف تأثيرها السلبي على الطفل[5].

ثانيًا: دور الأسرة في الكشف المبكر عن حالات الضعف والعجز والإعاقة:

إن الكشف المبكر Early Case Finding والتدخل المبكر Early Intervention هما مسؤولية مشتركة بين الأسرة والمستشفى والمدرسة والنادي ومركز التدخل المبكر ووسائل الإعلام. والذي يهمنا هنا هو دور الأسرة في هذه العمليات. هذا ولقد أثبتت العديد من الدراسات أهمية مشاركة الوالدين في هاتين العمليتين لأطفالهم المعاقين[6]؛ مما يساعد في الاكتشاف المبكر لبوادر الإعاقة والعلاج الفوري لهذه الحالات. أما إذا حدثت هذه الإعاقة فالهدف هو الحيلولة دون أن يؤدي إلى تقييد أو عجز وظيفي دائم لدى الشخص المعاق.

ومن أدوار الأسرة في هذا الشأن نذكر على سبيل المثال:

1- تقييم مهارات الطفل وقدراته واحتياجاته باستمرار، من خلال ملاحظة قدراته على الحركة والتنقل، واللغة والاتصال، ومهارته في الاعتماد على النفس، وقدراته الإدراكية، والاستقلال، والمزاج والعلاقات الاجتماعية والصدقات..

ويمكن للأسرة هنا الاستفادة من خدمات الأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي في المدرسة أو المستشفي أو مركز التدخل المبكر.

2- تقييم الطفل حسب مرحلة نموه، ويمكن للأسرة هنا الاستفادة من الطبيب والأخصائي النفسي في المدرسة أو المستشفى أو مركز التدخل المبكر.

3- تقييم المستوى الدراسي للطفل لمعرفة هل يسير الطفل في العملية التعليمية بشكل عادي أو هناك تأخر أو تخلف دراسي. ويمكن هنا الاستفادة من خدمات المدرسين والأخصائي النفسي والاجتماعي في المدرسة.

4- ملاحظة المستوى العام لصحة الطفل، من خلال – على سبيل المثال – تغذية الطفل وأسنانه وطوله ووزنه ولونه.. ويمكن للأسرة هنا الاستفادة من الطبيب في مركز رعاية الأمومة والطفولة أو في المستشفى.

هذا وعندما تجد الأسرة أية علامات أو مؤشرات تدل على أن نمو طفلهم ليس بعادي أو أن صحته ليست جيدة أو أن مستواه الدراسي ليس مثل زملائه أو أن هناك قدرة أو مهارة أو عضواً ليسوا بالمستوى المطلوب، فعلى الأسرة التوجه المباشر والسريع لمراكز التدخل المبكر أو المستشفيات لمواجهة هذه العلامات أو المؤشرات في بدايتها قبل أن تتحول إلى مرض أو عجز أو إعاقة. وإذا حدثت هذه الحالات، فإن التوجه المباشر والسريع لمراكز التدخل المبكر والمستشفيات يساعد في عملية التدخل المبكر لوقف التأثير السلبي لهذا المرض أو العجز أو الإعاقة حتى لا تؤدي إلى تقييد أو عجز وظيفي دائم لدى الطفل المصاب أو المعاق.

إن اهتمام الأسرة بالتعرف على الصعوبات والمشكلات التي يعاني منها أطفالهم، وبذل الجهود الفعالة والسريعة في وقت مبكر للحيلولة دون تفاقم هذه

المشكلات، سوف يجنب الأسرة والأطفال والمجتمع الكثير من المتاعب وسوف يوفر الوقت والجهد والتكاليف في علاج وتأهيل المعاقين.

أما إذا حدثت الإعاقة لا قدَّر الله، فإن اتجاهات الأسرة نحو الإعاقة لأحد أطفالها غالبًا لا تخرج عن هذه الاحتمالات[7]:

1- **الصدمة**: وعدم التصديق بحقيقة إعاقة أحد أطفالها؛ حيث إن الأسرة تكون غير مهيأة لمواجهة مثل هذه المشكلة؛ حيث إنها رسمت لنفسها صورة طفل سليم خال من الأمراض أو الإعاقات. أيضًا تشعر الأسرة بفقد السيطرة على الأمور والشعور بعدم الحيلة تجاه هذا الموقف الجديد وغير المتوقع.

2- **الإنكار**: لوجود الإعاقة أو عدم وجود تأثير لها على الطفل الذي أصيب بها. ويتضح ذلك في تردد الأسرة على الكثير من الأطباء للكشف عن الطفل الذي أصيب بالإعاقة. والمنكر هو الشخص الذي يحجب الحقيقة غير المرغوب فيها، ولا يستطيع تقبل ما تدله عليه حواسه. إن المنكر إذا استمر على موقفه فإنه عندما يلتقي بالحقيقة (الإعاقة) فإنها ستمثل بالنسبة له أزمة، وليس على شكل مجموعة من المشكلات القابلة للحل.

3- **الشعور بخيبة الأمل والذنب والإحباط** نتيجة التأكد من أن الإعاقة حقيقة.

4- **التدليل الزائد**: والحماية المبالغة، كنوع من تقليل الشعور بالذنب، كمحاولة لإخفاء المشاعر السلبية.

5- **قبول الموقف والاعتراف بالإعاقة** كبداية لمواجهتها ومساعدة الطفل المعاق.

6- **التحرك الإيجابي** نحو مواجهة الإعاقة، ومساعدة الطفل المعاق على حصوله على الرعاية والحب والتشجيع مثل باقي الأطفال الأسوياء.

وتعتبر الاتجاهات 1 و2 و3 و4 من الاتجاهات التي تشعر الطفل المعاق بالخوف والشعور بالنقص وخلق الشخصية غير السوية، بل وتؤثر سلبًا على عمليات التدخل المبكر لمواجهة الإعاقة في بدايتها. بينما الاتجاهان 5 و6 يعتبران من الاتجاهات الإيجابية السليمة في مواجهة الإعاقة؛ لأنهما يحدثان توافقًا مرغوبًا يساعد الطفل المعاق على مواجهة إعاقته بشكل سليم وسريع، واستثمار قدراته وحواسه وأعضائه المتبقية أحسن استخدام في حياته الشخصية والتعليمية وفي تفاعله مع الآخرين.

ثالثًا: سبل تشجيع ودعم الأسر للقيام بدورها في الوقاية من الإعاقة والكشف المبكر عنها:

من أهم سبل تشجيع ودعم الأسر للقيام بدورها في الوقاية من الإعاقة والكشف المبكر عنها نذكر الآتي:

1- إعداد الوالدين للأبوة والأمومة ليكونا والدين يتصفان بالشعور بالمسؤولية والمعرفة بواجباتهما وتكوين المهارات والعادات الأساسية لديهما.
2- الاستعانة بوسائل الإعلام المختلفة لتحقيق التوعية الاجتماعية والنفسية والصحية للأسرة.
3- تعميم مكاتب فحص الراغبين في الزواج.
4- تعميم وتدعيم مراكز رعاية الأمومة والطفولة.
5- توفير خدمات الطب الوقائي.
6- تعميم وتدعيم الوحدات الصحية والمدرسية.
7- تعميم وتدعيم مكاتب التوجيه والاستشارات الأسرية.

مراجع الفصل الثامن

(1) **المصدر:**

مدحت محمد أبو النصر: "دور الأسرة في الوقاية من الإعاقة"، **ورشة العمل التدريبية حول الرعاية الأسرية للطفل المعاق**، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربية، الشارقة: 11-15 نوفمبر 1995.

مدحت محمد أبو النصر: "مفهوم الوقاية"، **مجلة المنال**، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، العدد 97، أبريل 1996، ص ص 32-34.

انظر أيضًا:

مدحت محمد أبو النصر: **تأهيل ورعاية متحدي الإعاقة** (القاهرة: ايتراك للطباعة والنشر والتوزيع، 2005).

(2) See: M.H. Klaus & J.H. Kennell: **Parent-Infant Bonding** (St. Louis: C.V. Mosby, 2nd ed., 1982) Introduction.

(3) منى الحديدي وجمال الخطيب: **الخدمات المبكرة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة** (الشارقة: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، 1993) ص21.

(4) أحمد مصطفى خاطر: **الخدمة الاجتماعية** (الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1993) ص393.

(5) انظر:

مركز التدخل المبكر: العلاقة بين المنزل والمركز، **النشرة التثقيفية رقم 1** (الشارقة: مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، 1955) ص 1-2.

Shumel Shulman and Others: "Coping Styles of learning Disabled Adolescénts and their Parents", **Journal of Youth and Adolescence**, Vol. 24, No. 3, 1995, PP. 281-294.

(6) **See for example:**

- Eleen Mullin and others; "Skills Training with Parents of Physically Disabled Persons", **International Journal of Rehabilitation Research,** Vol. 18, 1955, PP. 142-145.
- M. Foster, M. Berger & M. Mclean: "Rethinking a Good Idea A Reassessment of Parent Involvement", **Topics in Early Childhood Special Education**, Vol. No. 3, PP.
- C. Garland and others (eds.): **Early Intervention for children with Special Needs and their Families** (U.S.A.: Western States Technical Assistance Resource, 1981).

(7) مدحت محمد أبو النصر: "اتجاهات الأسرة نحو إعاقة أحد أفرادها"، **مجلة المنال**، مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية، العدد 96، 1996، ص35.

الفصل التاسع : التفوق الدراسي

مقدمة.

أولاً: تعريف الطالب المتفوق.

ثانيًــا: التعرف على الطلبة المتفوقين (المصادر).

ثالثًــا: التعرف على الطلبة المتفوقين (الأساليب).

رابعًــا: العوامل التي تساعد على التفوق.

خامسًا: بعض العوامل الاجتماعية التي تؤثر في التفوق.

سادسًا: خدمات رعاية المتفوقين.

سابعًــا: دور الأخصائي الاجتماعي مع الطالب المتفوق.

مراجع الفصل التاسع

الفصل التاسع

التفوق الدراسي

دور المدرسة والأخصائي الاجتماعي[1]

مقدمة:

يلاحظ من يراجع تاريخ التربية والخدمات الاجتماعية أن المتفوقين لم يلقوا العناية التي لقيها المتخلفون عقليًا، أو المعوقون بدنيًا، وذلك رغم حاجة المجتمع الملحة إلى إمكانيات هذه الفئة.

هذا ويقاس تقدم الدول في وقتنا الراهن بنوعية طاقاتها البشرية، الأمر الذي يجعل هذه الدول تهتم بأبنائها المتفوقين، والموهوبين، والمبتكرين، بما يساهم في تحقيق أهداف التنمية الاجتماعية والاقتصادية، ولإيجاد الحلول لمختلف المشكلات التي تعوق مسيرة هذه الدول.

ويتناول هذا الفصل موضوع التفوق الدراسي ودور المدرسة والأخصائي الاجتماعي في هذا المجال. ولعل اختيارنا لفئة المتفوقين دراسيًا كأحد أنماط وحدات العمل في الخدمة الاجتماعية الوقائية يرجع إلى أهمية وقاية هذه الفئة من المشكلات التي يمكن أن توجهها. وهذه الفئة أيضًا لم تجد الاهتمام الكافي من الخدمة الاجتماعية العلاجية من منطلق أنها تركز اهتمامها على العملاء المشكلين مثل: الطلاب ضعيفي التحصيل الدراسي والمرضى والأحداث الجانحين والمدمنين والمساجين والمعاقين..

أولاً: تعريف الطالب المتفوق Outstanding Student:

للتفوق معايير أهمها:

1- مستوى الذكاء العام.

2- القدرات الخاصة.

3- التحصيل الدراسي.

4- التفوق بمعناه العام في أي مجال من مجالات الحياة التي يقدرها المجتمع.

أي إن التلميذ، أو الطالب يعتبر متفوقًا عندما يستوفي أي شرط من الشروط التالية:

1- أن تكون لديه نسبة ذكاء مقدارها 120 على الأقل تم تحديدها بواسطة أحد اختبارات الذكاء اللفظية المناسبة لثقافة ولغة المجتمع الذي ينتمي إليه هذا التلميذ.

2- أن يكون لديه مستوى تحصيلي مرتفع يضعه بين أفضل 15% إلى 20% من مجموع التلاميذ يماثلونه في العمر الزمني. أو أن يحصل على 85% فأكثر من مجموع الدرجات النهائية في اختبار آخر العام.

3- أن يكون لديه مستوى عال من الاستعدادات الخاصة مثل الاستعداد العلمي، أو الرياضي، أو الفني، أو القيادة الاجتماعية.

4- أن يكون لديه مستوى عال من القدرة على التفكير الابتكاري Creative Thinking.

هذا ويمكن تعريف المتفوقين بأنهم "مجموعة من الطلبة ذوي قدرات عقلية عالية ولديهم استعدادات أكثر مما لدى أقرانهم سواء في التحصيل الدراسي، أو في أي نوع من المهارات التي يقدرها المجتمع المدرسي"[2].

ثانيًا: التعرف على الطلبة المتفوقين (المصادر):

مصادر التعرف:

1- المعلّم:

يعتبر المعلم Teacher أهم مصدر من مصادر التعرف على الطلبة المتفوقين خاصة في مجال مادته، فهو يلاحظ مدى مشاركة الطالب أثناء الحصة الدراسية، كما يلاحظ نوعية هذه المشاركة.. حيث يميل كثير من الطلبة المتفوقين في مادة دراسية معينة إلى الاستئثار بمعظم وقت الحصة لأنفسهم، سواء للإجابة عن أسئلة المعلم، أو لاستعراض قدراتهم ومهاراتهم الفردية وإظهار تميزهم على أقرانهم، بل وللمنافسة فيما بينهم في ذلك – إذا كانوا أكثر من طالب متفوق في ذات المادة في نفس الفصل –، أو لطرح أسئلة، أو مسائل تعبر عن خبرات جديدة، أو مشكلات فنية لم يتعرض لها المعلم، أو لم يعالجها الكتاب، أو المنهج بشيء من التفصيل.

كما نلفت النظر إلى أنه ليس كل الطلبة المتفوقين يميلون إلى إظهار قدراتهم وتميزهم الفردي بشكل شفوي، أو عن طريق المشاركة في الأنشطةP حيث يظهر بعضهم هذا التميز في مجال الأعمال التحريرية سواء عند الإجابة عن أسئلة الامتحانات، أو عند إعداد بحوث، أو أنشطة ذات صلة بالمادة الدراسية.

2- الأخصائي الاجتماعي:

يمثل الأخصائي الاجتماعي Social Worker بالمدرسة مصدرًا هامًا من مصادر التعرف على الطلبة المتفوقين، فإذا كان تعريف التفوق امتد لتسجيل

تفوق الطالب في الأنشطة النوعية المختلفة، كالنشاط الاجتماعي، أو الثقافي، أو الفني.. إلخ، وليس الاكتفاء فقط بالتفوق الدراسي، أو التحصيلي... فإن معنى ذلك أن العديد من الطلبة المتفوقين في المجالات المختلفة قد لا تظهر قدراتهم، أو مهاراتهم، أو مجالات تميزهم أمام أحد العاملين بالمدرسة، قدر ما تظهر أمام الأخصائي الاجتماعي...

فهو ــ وبحكم عمله ــ منسق الأنشطة المدرسية، ومنظم مشاركة المدرسة في الاحتفالات، والمسابقات، والمهرجانات العامة؛ إذّ إنه رائد النشاط الاجتماعي، وأمين سر المجالس المدرسية، والمشرف على برامج وأنشطة مجالس الطلاب، وجماعات النشاط المدرسي المختلفة، والمخطط لمشروعات خدمة البيئة، وربط المدرسة بالمجتمع المحلي.

ومن عمليات التخطيط والتنفيذ، والتقويم لمجمل الأنشطة المدرسية، فإن الأخصائي الاجتماعي، هو الشخص المهني المتخصص الذي لديه القدرة على تقييم جهود ومشاركات الطلبة، بنزاهة وموضوعية... ومن ثم فهو المصدر الأساسي للتعرف على الطلبة المتفوقين، خاصة في مجالات النشاط المتعددة.

4- ولي الأمر:

ولي أمر الطالب Parents يعتبر مصدرًا رئيسيًا من مصادر التعرف على الطلبة المتفوقين، عندما يلتقي بأحد العاملين بالمدرسة (مدير/ أخصائي اجتماعي/ معلم)، ويطلعه ــ بشكل مباشر، أو غير مباشر ــ على اهتمام ابنه بمادة دراسية معينة، أو أن له أسئلة خاصة حول المادة، لا يستطيع هو كوليّ أمر أن يجيب عنها، أو يوضحها له، وقد يطلب ولي الأمر مساعدة المدرسة

في ذلك، أو معاونة المعلم المختص... وربما يسأل عن أسماء كتب أو مراجع تفيد في هذا المجال... قد تكون هذه نقطة انطلاق... أو تكون بداية للكشف عن طالب متفوق يحب مادة معينة ويهتم بها، حتى وإن كان مستواه الدراسي في باقي المواد الدراسية متوسطًا، أو دون المتوسط.. كأن يظهر الطالب اهتمامًا غير عادي بالكيمياء، بمزج المواد الكيميائية بعضها إلى بعض، وملاحظة التفاعلات التي تحدث، والاطلاع على كتب بها معادلات خاصة، أو كتب تعالج الموضوع بشكل عام، أو تتحدث عن حياة علماء الكيمياء، وتجاربهم، وخبراتهم.. إلخ.

مثل هذا الطالب إذا وجد الاهتمام والتجاوب من المعلم والمدرسة، فإنه ولاشك سيكون له شأن في هذا المجال... أما لو أهملت ملاحظات ولي الأمر، أو تم التعامل معها بشكل روتيني ومرت دون أن يحظى الطالب برعاية خاصة، نكون قد فقدنا مشروع عالم، أو مخترع.

ثالثًا: التعرف على الطلبة المتفوقين (الأساليب):

أساليب التعرف

1- **سجلات المتابعة للمعلمين والأخصائيين الاجتماعيين بالمدارس:**

وهي تحوي الكثير عن الطلبة المتفوقين، سواء تفوقًا أكاديميًا في المواد الدراسية المختلفة، أو تفوقًا نوعيًا في مجال من مجالات النشاط المدرسي، أو تفوقًا متميزًا في مجال هواية خاصة، أو قدرة ابتكارية محددة.

2- **بطاقات الدرجات:**

وهي من أساليب التعرف على التفوق الأكاديمي للطلبة، ومن مزاياها أن لها جانبًا تراكميًا.. حيث تعطي البطاقة فكرة واضحة ليس فقط عن التميز والتفوق، بل وأيضًا عن مدى الاستمرارية فيه.

3- الاختبارات:

وهي عندما تكون مقننة ومتوافقة مع ثقافة المجتمع، ومتسمة بنسبة عالية من الصدق والثبات.. وعندما يكون من يستخدم هذه الاختبارات مؤهلاً لذلك، ومدربًا، وله خبرة في استخدامها.. وقتها يمكن أن نعتبر هذه الاختبارات (مثل اختبارات الذكاء، اختبارات القدرات الخاصة، اختبارات التفكير الإبداعي.. إلخ) المقياس العلمي الذي يعتمد عليه للحكم على قدرات الطلبة ومدى استعداداتهم وميولهم بدقة.

4- الملاحظة:

وهي من أساليب جمع المعلومات التي يلجأ إليها العاملون في الحقل التربوي، للحكم المبدئي على الطلاب وتقييمهم... وتخضع الملاحظة لعدة شروط حتى تكون لها صفة الموضوعية كأحد أساليب التعرف على الطلاب المتفوقين، من بين تلك الشروط، أن تكون الملاحظة مقصودة ومخططًا لها، وأن يتم عزل أثر العوامل الشخصية المؤثرة على الملاحظة قدر الإمكان. وكما سبق أن قدمنا فإن من يقوم بالملاحظة، قد يكون ولي أمر الطالب نفسه في بعض الحالات.

5- التخطيط العلمي للأنشطة المدرسية:

فمثل هذا التخطيط لابد أن يراعي تنوع الأنشطة بما يقابل احتياجات وميول الطلاب، ومن ثم تكون الفرصة مهيأة بشكل أفضل وعلى نحو طبيعي، أمام أكبر عدد من طلبة المدرسة، لإظهار تميزهم وتفردهم، والتعبير الحر عن قدراتهم الخاصة، من خلال مشاركتهم في المسابقات المدرسية التي تقوم على التنافس الفردي أو الجماعي، ومن خلال تنفيذ برامج الأنشطة التي

يتطلب مهارات اجتماعية خاصة مثل القدرة علـــى القيـــادة، القـــدرة علـــى التخطيط، القدرة على التأثير في الآخرين، القدرة على العمل ضمن فريـــق، وغير ذلك من قدرات ومهارات.

رابعًا: العوامل التي تساعد على التفوق:

هناك عوامل تساعد على التفوق نذكر منها:

1- **الجانب الديني:** وهو الجانب الرئيسي المساعد على التفوق، وذلك بطاعة الله تعالى، فتقوى الله تساعد على النجاح، والإسلام يدعو للعلم ويحـــث علـــى طلبه.

2- **العوامل الاجتماعية:** تلعب الأسرة الدور الكبير في توفير المناخ المـــساعد على التفوق وتكوين الشخصية الابتكارية لدى الطالب.

3- **توفير الراحة الصحية:** وذلك بالاهتمام بالغذاء وأخذ فترات الراحة المناسبة للجسد، بالإضافة إلى الاهتمام بالإضاءة الجيدة والتهوية الصحيحة والجلسة الصحية أثناء الاستذكار.

4- **ممارسة الرياضة:** فهي تساعد على النشاط وتجديد الطاقة الجسدية والعقلية.

5- **المشاركة:** بالأنشطة المدرسية التي تتناسب وميول الطلبة.

6- **الاهتمام بمعرفة كل ما هو جديد:** والاطلاع على الثقافات الأخرى والإكثار من زيارة المكتبة، كل ذلك يساعد على التفوق.

7- **الوقاية من المشكلات:** ومحاولة التغلب عليها إذا حدثت، سواء كانت هـــذه المشكلات اجتماعية، أو نفسية... حتى لا تعوق الطالب عن التفوق.

8- **معرفة المتفوق لدوافعه وميوله وأهدافه:** تساعده على التفوق وفهم نفسه وتحديد أهدافه بواقعية.

خامسًا: بعض العوامل الاجتماعية التي تؤثر في التفوق:

1- **المستوى التعليمي للوالدين:**

فمما لاشك فيه أن مستويات الطموح لدى الطلبة تتأثر إلى حد بعَيد بالاتجاهات الوالدية في التنشئة الاجتماعية، كما أن مدى دافعية الطلبة نحو الدراسة ونحو التعليم بشكل عام، تتناسب وسلم الأولويات الذي يكون للوالدين دور كبير في تحديده لدى أبنائهم.. وفي كلتا الحالتين فإن المستوى التعليمي للوالدين يكون مؤثرًا...

ويلاحظ الكثير من التربويين، مدى الاهتمام الذي توليه الأسرة لأبنائها عندما يكون الوالدان أو أحدهما متعلمًا... في مقابل اهتمام ورعاية منزلية أقل، عندما يكون الأبوان غير متعلمين.. ويمكن للممارسين في حقل التربية أن يصيغوا قاعدة مؤداها أن الاهتمام والمتابعة المنزلية للطالب وغرس حب التعليم فيه وتقوية دوافع التفوق الدراسي لديه، تتناسب تناسبًا طرديًا مع المستوى التعليمي للوالدين.

وإن كانت هناك بعض حالات فردية، لا تعبر عن هذه القاعدة، فقد ظهرت بعض حالات التفوق الدراسي لدى طلبة كان المستوى العلمي لآبائهم ضعيفًا، إلا أن هذه الحالات تبقى في نطاق الاستثناء، لا القاعدة.

2- **المشاركة في الأنشطة المختلفة:**

ونعني بالأنشطة هنا: الأنشطة الصيفية المدرسية والتي تعتبر جزءًا لا يتجزأ من تخطيط الحصة الدراسية، والأنشطة اللاصفية المصاحبة

للمنهج، والأنشطة الحرة التي تقدمها المدرسة، وفرصة المشاركة فيها متاحة لجميع الطلبة دون ارتباط بموقف تعليمي مباشر. فمشاركة الطالب في النوع الأول من النشاط جزء حيوي؛ حيث يشارك الطالب في استنتاج معلومة ما، فتتعزز لديه لأنها ارتبطت بممارسة فعلية فلا ينساها...

وأما النوع الثاني من النشاط، وهو المكمل للنوع الأول، ففيه يقوم الطلبة على سبيل المثال بإجراء التجارب العملية وتسجيل المشاهدات والملاحظات ونتائج الخطوات الإجرائية للتجربة.. أو المشاركة في إعداد مجسم، أو نموذج، أو خريطة بحجم كبير موضح عليها مدن مختلفة، أو مبين عليها ما تشتهر به هذه المدن من نشاط اقتصادي... وفيه رحلة علمية لطلبة فصل من الفصول ليشاهدوا في الواقع ما قرأوا عنه في أحد المناهج الدراسية في كتبهم... وفيه أنشطة فردية إلى جانب الأنشطة الجماعية، كتكليف أحد الطلاب بعمل بحث معين مرتبط بموضوع المادة الدراسية، أو تكليف آخر بإعداد ملخص لكتاب يعالج هذا الموضوع... أو تكليف ثالث بإعداد مادة للإذاعة المدرسية وتتناول ما تم عرضه في موضوع الدرس...

كما يلجأ المعلم في بعض الأحيان للاستفادة من أفكار علم النفس التربوي، فيكلف أحد طلابه بتحضير الدرس المقبل، وعرضه للطلبة كما لو كان هو المعلم نفسه، وهذا نوع من أنواع ما يسمى لعب الدور Role Playing، وهو موقف تربوي ذو أثر بالغ لا ينساه الطالب أبدًا... بل ربما لا ينسى كلمة واحدة مما أعدّ وحضّر[3].

وبعض المعلمين قد طور هذا الأسلوب إلى أسلوب آخر فيه إفادة لعدد أكبر من الطلاب، وهو التعليم بالأقران Peer Education[4]، حيث يعد

نصف الطلاب الدرس ويشرحونه للنصف الآخر في الحصة التالية... كل طالب يشرح لزميله... ثم يتم عكس الدور في حصة أخرى... وهكذا فإن الأنشطة التربوية المصاحبة للمادة، هي معين لا ينضب أبدًا، تحتاج فقط إلى إعطاء الثقة للمعلمين، ومن ثم تكون الفرصة متاحة أمامهم للابتكار والإبداع لأنواع متعددة وأشكال لا حصر لها تقريبًا من طرق وأساليب الأنشطة المصاحبة للمادة، التي تحبب الطلبة فيها... ومن ثم تعمل على زيادة فهمهم للمادة وارتباطهم بها وبمعلمها... ومن ثم التفوق فيها...

كما يأتي النوع الثالث من الأنشطة المدرسية، رافدًا معززًا ومكملاً لنوعي النشاط السابق الإشارة إليهما. وهذا النوع الثالث هو النشاط الحر، أو النشاط اللاصفي، لا يرتبط بدرس معين أو حصة محددة... قد لا يشرف عليه نفس معلم المادة... وقد لا يكون الطلبة الذين يشتركون فيه في عمر واحد، أو سنة دراسية واحدة... وذلك مثل نادي اللغة الإنجليزية... أو نادي العلوم، أو الجمعية التاريخية بالمدرسة، أو جماعة أصدقاء المكتبة،. أو جماعة الخدمة العامة، أو جماعة الرحلات، وغير ذلك من جماعات النشاط المدرسية التي توفر الفرص للطلبة من فصول مختلفة وخبرات مختلفة، للمشاركة في أنشطتها.

ويجمع بين هؤلاء الطلبة شيء واحد فقط هو الميل والرغبة الحرة للمشاركة في أنشطة الجماعة، أو الجمعية، أو النادي، وتحت إشراف وريادة متخصصة من أحد المعلمين ذوي الخبرة والرغبة في العمل مع مثل هذه الجماعات، تكلفه إدارة المدرسة في بداية العام الدراسي؛ فيتحول العمل داخل مثل هذه الجماعات إلى ما يشبه خلية النحل على مدار العام الدراسي، حيث يلتقي الطلبة في بداية العام للتعارف ووضع خطة الجماعة وبرنامجها السنوي وتحديد متطلبات تنفيذ هذه البرامج من أدوات وخامات وأجهزة وتمويل.

كما تنتخب كل جماعة ــ كإجراء تنظيمي ــ مجلسًا لإدارة شئونها من بين أعضائها أنفسهم، ويتم تحديد مواعيد وأماكن ممارسة النشاط... ويتنامى نشاط مثل هذه الجماعة يومًا بعد يوم، وأسبوعًا بعد آخر، حتى تختتم أنشطتها في نهاية العام الدراسي بالمشاركة في معرض تنظمه المدرسة تعرض فيها نتاجات الأنشطة التربوية المختلفة بها.

وعلى مدار هذا العمل يكون الطالب عضو الجماعة، قد اكتشف معلومات نظرية جديدة واكتسب مهارات عملية عديدة بالإضافة إلى اكتسابه قيمًا هامة قد تكون جديدة (كقيمة المحافظة على المواعيد أو قيمة العمل التعاوني الجماعي، أو قيمة النظافة، أو قيمة النظام...إلخ)، كما اكتسب علاقات اجتماعية مع زملاء يشاركونه نفس هواياته، أو رغباته وميوله يتعلم من زملائه كما يتعلم من المشرف.

وهذا النوع من التعلم أفضل أنواع التعليم لأنه يأتي عن رغبة، كما أن كل عضو بالجماعة يسير في خطة النشاط وبرنامجه قدر استعداده الشخصي، دون فرض مستوى معين عليه، وهذه بيئة تربوية لا يتخرج منها إلاَّ طالب متفوق لأنه لا يكون قد حفظ المادة الدراسية بل يكون في حالة حب معها.

3- **الاستقرار الأسري:**

يعد الاستقرار الأسري حجر الزاوية في الصحة النفسية للطالب، والصحة النفسية للطالب جزء لا يتجزأ من صحته العامة التي يحتاج إليها كاملة للنهوض بمسؤولياته وأداء واجباته داخل وخارج المدرسة على الوجه الأكمل. فكلما صح الطالب جسيمًا، ونفسيًا، واجتماعيًا، زادت فرص تحقيق التفوق الدراسي أمامه.

أما الطالب الذي يعاني من علة جسمية، أو نفسية، أو اجتماعية فإنها تستنفد منه الكثير من الوقت والجهد الذي كان من الأولى أن يستفيد به في تحقيق النجاح في الدراسة فضلاً عن التفوق فيها. وأثبتت الكثير من الدراسات ـــ كما يلمس صدق ذلك التربويون العاملون في الميدان.

إن عدم الاستقرار الأسري يجعل الطالب منشغلاً عن الدرس ومتابعته ويتركه نهبًا للسرحان وأحلام اليقظة، فتراه موجودًا بجسمه داخل حجرة الفصل، لكنه مشغول بفكره وقلبه بتلك المشكلات الأسرية التي تحيط به وتكاد تخنقه. وكم من طالب متفوق بدأ مستواه ينخفض نتيجة عدم الاستقرار الأسري ونتيجة للعلاقات غير المستقرة التي تسود أسرته. حتى إن مثل هذا الطالب إذا لم يلق الرعاية المناسبة من الأخصائي الاجتماعي والمعاملة الصادقة التي تساعده في حل مشكلاته، أو التوافق معها، أو تجاوز آثارها السلبية، قد يتحول من طالب متفوق إلى طالب متعثر دراسيًّا، وقد يرسب ويتحول في يوم ما إلى شخص ناقم على المجتمع كاره له...

صحيح أننا لا ندعي أن الاستقرار الأسري سبب مباشر لحدوث ظاهرة التفوق الدراسي، لكننا نزعم أنه أحد الشروط الاجتماعية الهامة للغاية، التي بدونها قد لا يحدث التفوق، وإذا حدث فقد لا يستمر، وإذا استمر فقد لا يكون بنفس المستوى الذي كان من المتوقع الوصول إليه، أو تحقيقه.

من هنا كانت مسؤولية الأسرة ومسؤولية أولياء أمور الطلبة كبيرة، فالحد الأدنى المطلوب لمعاونة الأسرة للمدرسة في أداء وظيفتها في إعداد وتنشئة جيل المستقبل هو توفير الجو الاجتماعي المناسب للطالب داخل الأسرة، بحيث يشعر الطالب بأن أسرته توفر له الأمن، والأمان، والحب، والتقبل، فيقوي لديه الشعور بالانتماء لأسرة متماسكة متحابة يفخر بالانتماء إليها، ويسعده أن يرد لها الجميل بالنجاح والتفوق.

4- علاقة المدرسين بالطالب:

تبقى علاقة المعلم بالطالب، هي العلاقة الأساسية التي تميز المعلم كمهني Professional وغيره من ممارسي المهن الأخرى، فعلاقة المعلم بالطالب تختلف تمامًا عن علاقة الطبيب بالمريض، أو علاقة المهندس بالعامل، أو علاقة التاجر بالزبون، إنها علاقة تمزج بشكل نادر الحرفية في الأداء بالإنسانية في التعامل، بالوالدية في الممارسة، بالحس المرهف والاستجابة المرنة... ليس لها قالب واحد ثابت ومحدد... فهي علاقة تختلف ليس فقط في كل يوم... بل في كل موقف.

وجميع الطلاب يجب أن يعاملوا المعاملة الإنسانية اللائقة، مهما كان مستواهم الدراسي في المادة التي يقوم المعلم بتدريسها لهم، والمعلم هنا يتعرف على ما يسمى بالفروق الفردية بين طلابه، ويقدم لكل منهم ما يساعده على التحسن والتقدم والإنجاز، سواء عند إدارة الموقف التعليمي داخل حجرة الفصل، أو عند التكليف بالواجبات المنزلة أو عند التعامل مع طلابه خارج حجرة الفصل.

في جميع هذه الأحوال تلعب العلاقة بين الطالب والمعلم دورًا هامًا في تشكيل حب الطالب للمعلم وبالتالي حبه لمادته التي يدرسها، ويتوقف على ذلك ــ كثيرًا ــ مدى تفوق الطالب في هذه المادة عن تلك... ولا ينسى أي راشد منا كم كان لمعلم معين من فضل عليه جعله يحب مادته، كما لا ننسى في المقابل، كم من معلم كرهنا مادته وتعثرنا فيها نتيجة عدم حبنا له، فحبنا للمعلم أو عدم حبنا له، هو النتيجة المباشرة لعلاقتنا بالمعلم وعلاقة المعلم بنا كطلبة[5].

والمعلم الناجح ليس فقط هو القوي في مادته ومجال تخصصه، وإنما أيضًا هو المعلم الذي يستطيع أن يتواصل مع طلابه ويقيم جسرًا من العلاقة الطيبة معهم، يقترب منهم ويعايش أحلامهم وآمالهم ومشكلاتهم... إن مثل

هذه العلاقة شرط أساسي من الشروط الاجتماعية اللازم تواجدها في بيئة مدرسية تساعد على التفوق الدراسي وتمكن له.

في المقابل نشير إلى بعض تصرفات قد تبدو بسيطة من المعلمين، لكنها وللأسف تؤثر تأثيرًا سلبيًا على الطلبة، خاصة من لديهم الاستعداد للتفوق، ومن ذلك: عدم قبول بعض المعلمين لمناقشات الطلبة، والتي قد تكون في صلب الدرس، أو غلق باب النقاش بطريقة غير تربوية بحجة عدم وجود وقت كاف أثناء الحصة، أو عدم الاستجابة إلى طلب متكرر من طالب معين للمشاركة في الحوار أو النقاش، أو صد محاولة الطالب في طرح طريقة جديدة لحل موضوع أو مسألة ما، أو عدم قبول مناقشة أو عرض أي شيء يختلف أو يزيد عما ورد في الكتاب المدرسي... أو الاستهانة بأفكار طالب ما أو التقليل من شأنه أو التهكم عليه أو السخرية منه...

كل هذه الأمثلة وغيرها، لاشك تؤدي إلى إحباط الطالب... وقد تجعل الطالب يتراجع ليصبح تلميذًا عاديًا، مثله مثل غيره في الفصل؛ اتقاء لمثل تلك الأساليب المشار إلى بعضها.

وهذا يؤكد ـــ وبشكل حاسم ـــ مدى التأثير الذي تتمتع به علاقات المعلمين بالطلاب فيما يتعلق بتشجيعهم على التفوق الدراسي من عدمه.

سادسًا: خدمات رعاية المتفوقين:

الآتي بعض الأمثلة على الخدمات التي يمكن تقديمها للمتفوقين:

1- الرعاية الاجتماعية Social Care للطلبة المتفوقين، هذا ويقصد بالرعاية الاجتماعية أنها نسق متوازن من الخدمات والمؤسسات الموجهة لمساعدة

الأفراد والجماعات على القيام بوظائفهم، ولتحقيق مستوى معيشي مناسب وعلاقات شخصية واجتماعية مرضية وتوظيف أمثل للقدرات وللموارد[6].

2- الإرشاد Councelling النفسي والاجتماعي والتربوي والمهني للطلبة المتفوقين، والإرشاد هو علاقة مهنية متفاعلة متبادلة وجهًا لوجه بين المرشد والذي قد يكون أخصائيا نفسيًا أو اجتماعيًا أو مدرسًا، والمسترشد (وهو هنا الطالب المتفوق) والذي يعاني من مشكلة ما تمنعه من تحقيق بعض أهدافه، بحيث تدفعه للقدوم إلى المرشد طالبًا العون والمساعدة. والمرشد يساعد الطالب المتفوق على نفسه وحاضره والتخطيط لمستقبله، ويساعده على تحديد أهدافه واختيار الوسائل المناسبة لتحقيقها[7].

3- الإثراء Enrichment، من خلال القراءات الإضافية، توفير كتب غير الكتب المدرسية، توفير المعامل، إعطاء الطلبة المتفوقين واجبات من نوع يتناسب مع قدراتهم، معاملة خاصة بها تشجيع وتدعيم، تشجيعهم لإجراء بحوث أو تكليفات تنمي لديهم التفوق، تشجيعهم على تعلُم لغة أخرى، تشجعيهم على الإفادة من الإمكانات الهائلة التي يوفرها الحاسب الآلي[8].

4- الوقاية Prevention، وهنا يتم توعية الطلبة المتفوقين بالمشاكل التي قد تواجههم من جانب الزملاء (حسد الكراهية ــ عدم الحب ــ عدم عقد صداقات معهم ــ سرقة أشيائهم...) أو من جانب المدرسين (عدم التشجيع، عدم تقدير هذا التفوق، مطالبتهم بأن يحفظوا الدروس ويجيبوا بالشكل المحدد في الكتاب، وعدم حب المناقشة خارج الدرس وحجة تضييع وقت الحصة..) أو من جانب الأسرة (عدم تشجيع الأهل ــ عدم تهيئة المناخ المناسب للاستذكار لأبنائهم المتفوقين ــ عدم توفير أية إمكانات لأبنائهم

المتفوقين...). وهذه التوعية بالمشاكل المتنبأ بها سوف تقي الطلبة المتفوقين من الوقوع في كثير من المشاكل السابق ذكرها، وهذا المدخل الوقائي أفضل من الانتصار حتى تقع المشكلة ثم نتحرك لعلاجها.

5- العلاج Therapy & Treatment، وهذا يتم بمساعدات الطلبة المتفوقين على مواجهة المشاكل التي يواجهونها بما لا يجعل هذه المشاكل معوقًا أمام تفوق هؤلاء؛ لهذا تستخدم أساليب العلاج الذاتي الموجهة إلى الطلاب أنفسهم وأساليب العلاج البيئي الموجهة إلى المحيطين بالطلاب مثل: أولياء الأمور، المدرسي، الزملاء...إلخ، والذين لهم دور في إيجاد هذه المشاكل.

6- التسريع Acceleration، بمعنى السماح للطالب المتفوق باجتياز المرحلة الدراسية بسرعة أكبر به في الدول المتقدمة – بل يتم تشجيعه – إلاَّ أنه للأسف لا يسمح به في الدول النامية والمتخلفة. وهناك تعليمات صارمة وحدود لا يتم التنازل عنها في عدد السنوات التي يجب أن يسير عليها الطالب في مساره التعليمي حتى ينتقل من مرحلة تعليمية إلى أخرى(9).

7- التجميع Grouping، وهنا يفضل أن يتم تجميع المتفوقين على فترات وفي مناسبات عديدة، حتى يتم الاستفادة من هذا التجميع – على سبيل المثال – في الآتي:

(أ) خلق جو من التنافس الشريف.

(ب) تبادل الأفكار والمعلومات والخبرات فيما بينهم.

(ج) تحقيق التعاون فيما بينهم – على سبيل المثال – في إجراء البحوث أو المشروعات أو عمل النماذج والمجسمات....

سابعًا: دور الأخصائي الاجتماعي مع الطالب المتفوق:

1- الاكتشاف المبكر (Early Case Finding) للطلبة المتفوقين:

وهذا واحد من أهم الأدوار المهنية التي ينبغي على الأخصائيين الاجتماعيين بالمدارس الانتباه إليها والقيام بها. وتبدأ ممارسة الأخصائي الاجتماعي لهذا الدور – على الأرجح – قبل بدأ دوام الطلبة في مدارسهم الجديدة؛ حيث يكون هناك نظام لتبادل المعلومات بين الأخصائيين الاجتماعيين في المدارس المختلفة يتيح الفرصة للأخصائي في المدرسة الثانوية أن يتسلم من زميله في المدرسة الإعدادية كشوفًا بأسماء الطلاب ذوي الحاجات الخاصة Special Needs، (ومنهم الطلبة المتفوقون) مع توضيح مختصر ومبسط لموقف وحالة كل منهم، فلا يجد الأخصائي الاجتماعي في المدرسة الثانوية نفسه يبدأ من الصفر مع الطالب المتفوق، بل يبدأ من حيث انتهى زميله في المدرسة السابقة.

ويتم هذا الأمر بين المدرستين الابتدائية والإعدادية وبين كل مدرستين تمثل إحداهما مرحلة دراسية مستقلة، فضلاً عن استخدام الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة للأساليب الأخرى السابق الإشارة إليها عند الحديث عن أساليب اكتشاف الطلاب المتفوقين، كالرجوع للملفات، وسجلات الدرجات، والتعاون مع المعلمين... إلخ. حيث إن الاكتشاف المبكر للطالب المتفوق، يعطي المجال بشكل مناسب لوضع برامج الرعاية الفردية والجماعية للطلبة المتفوقين، ومن ثم تكون الاستفادة من مثل البرامج في حدها الأقصى المحتمل.

2- مساعدة الطالب المتفوق على فهم نفسه وتحديد أهدافه:

وهذا الدور من الأدوار التي تعد مهمة للغاية، فشخصية الطالب المتفوق قد تتأثر سلبًا إذا لم تجد التوجه الاجتماعي المناسب، فالطالب المتفوق قد يشعر بالكبر والتعالي على زملائه الآخرين، وقد يشعر زملائه بالقلة أو الدونية، وقد يكون عدوانيًا في تعامله مع بعضهم... في حالات أخرى قد يحس بالوحدة أو العزلة عنهم لدرجة الانسحاب والانطواء، وفي كلا الحالتين فإن وجود الأخصائي الاجتماعي بالقرب منه، يساعده على فهم نفسه فهمًا صحيحًا دون مبالغة أو انتقاص؛ مما يساعد الطالب المتفوق على إقامة علاقات طبيعية بينه وبين زملائه الآخرين تتسم بالود والتعاون والميل للمساعدة والمعاونة.

كما لا يخفي أن للأخصائي الاجتماعي بمدارسنا – في غياب المرشد التربوي – مهام أخرى، منها معاونة الطلاب ومساعدتهم في تحديد أهدافهم الدراسية المستقبلية، وذلك بشرح وتوضيح فرص الدراسة المتاحة أمامهم، وإن كان هذا الدور عامًا يقوم به الأخصائي الاجتماعي مع جميع طلاب مدرسته – خاصة في المرحلة الثانوية – فإنه يكثف هذا الدور – وبشكل فردي – مع الطلبة المتفوقين، وفقًا لمبدأ فردية الحالة.

3- تشجيع الطالب المتفوق على الاستمرار في تفوقه:

يحتاج الطالب المتفوق إلى تشجيع حتى يستمر في طريق التفوق الذي بدأه. ويهتم الأخصائيون الاجتماعيون بتقديم مثل هذا التشجيع، سواء بشكل فردي – لكل طالب متفوق على حده أو في شكل جماعي – لمجموعة الطلبة المتفوقين بالمدرسة.

وتتنوع وسائل التشجيع وأساليبه، ما بين التشجيع الأدبي والمعنوي، والتشجيع المادي والعيني. فتبدأ بتشجيع الطالب في صفه الدراسي وأمام زملائه، كلما أجاب إجابة صحيحة أو أبدى تفوقًا ملموسًا، ثم بتقديم الشكر والثناء للطالب ــ أو لمجموعة الطلبة ــ من خلال الإذاعة المدرسية أمام جميع زملائهم بالمدرسة، ثم بتنظيم لقاء يغلب عليه طابع التقدير والعرفان بين الطلبة المتفوقين مع مدير المدرسة وربما بعض المسؤولين من المنطقة التعليمية، إضافة إلى توزيع شهادات الشكر والتقدير على هؤلاء الطلاب، وإعداد لوحة للمتفوقين تضم أسمائهم وصورهم ومجالات تفوقهم، واستخدام بطاقة الدرجات الرسمية لتسجيل عبارات ثناء كتابية لهم، وتنظيم حفلات التكريم لهم ولأولياء أمورهم، وتسليم أولياء الأمور شهادات شكر من المدرسة لدورهم المعاون في تفوق الأبناء، وتوزيع الهدايا على الطلبة المتفوقين وتنظيم رحلات ترفيهية خاصة لهم، وغير ذلك من وسائل وأساليب تستهدف جميعها تشجيع الطالب المتفوق للاستمرار في تفوقه، وحفز الطلاب الآخرين القريبين من دائرة التفوق للدخول إلى هذه الدائرة(10).

4- **مساعدة الطالب المتفوق على تنظيم وقته Time Management:**

يلاحظ الأخصائيون الاجتماعيون بالمدارس أن بعض الطلبة يهتمون بمادة معينة ويتفقون فيها بشكل واضح، على حساب مادة أخرى أو على حساب باقي المواد الدراسية. كما أنهم يلاحظون أن بعض الطلاب يتفوقون في مجموعة مواد متشابهة على حساب مجموعة مواد مشابهة أخرى...

من هنا يلجأ الأخصائيون الاجتماعيون إلى أساليب الإرشاد الفردي والتوجيه الجمعي ــ وفقًا للظروف ــ لشرح أهمية وكيفية تنظيم الوقت

بشكل مناسب أمام هؤلاء الطلبة... المتفوقون ـ عادة ـ يتجاوبون مع مثل هذه الجهود المهنية فينعكس أثرها وبسرعة في مزيد من التفوق والنجاح.

ويمكن أيضًا مساعدة الطلبة المتفوقين في وضع جدول للمذاكرة يوزع وقت الطالب بين المذاكرة والصلاة والراحة والتراويح والنوم... بشكل متوازن ومناسب لكل طالب. فبعض الطلبة المتفوقين يقعون في خطأ كبير هو إعطاء معظم الوقت للمذاكرة على حساب الأنشطة الأخرى مثل عدد ساعات الراحة والنوم، وهذا على المدى الطويل بل والقصير أيضًا سوف يضر مسيرة التفوق لدى هؤلاء الطلبة[11].

5- مساعدة الطالب المتفوق على حل المشكلات:

يعاني الطلبة المتفوقون ـ كما سبق وأشرنا ـ من وجود بعض المشكلات سواء من زملائهم الطلبة، أو من بعض المعلمين، أو في نطاق الأسرة... ومثل هذه المشكلات تعوق مسيرة التفوق الدراسي للطالب، فهي تستنفد الكثير من الوقت والجهد والطاقة، وتكون لها نتائج سلبية على الطالب المتفوق... من هنا كانت أهمية دور الأخصائي الاجتماعي في مساعدة الطلبة المتفوقين على حل مشكلاتهم. ويلاحظ هنا اختيارنا للفظ "المساعدة" Help على حل مشكلاتهم. فهو لفظ يوضح بجلاء أنه ليس من مهام الأخصائي الاجتماعي الناجح "حل المشكلات"... بل عمله المهني الصحيح أن "يساعد الطالب على حل مشكلاته بنفسه"، ترجمة للمثل الصيني المعروف: "لا تهدني طبقًا من السمك ولكن علمني كيف أصطاده"... ففي مساعدة الأخصائي الاجتماعي التي يلزم وجودها والتي تمد الإنسان أولاً

بأول بخبرات مجربة ذاتيًا للتعامل مع أي موقف إشكالي جديد، وهي من الأمور التي تزيد من ثقة الإنسان بنفسه وتقلل من اعتماده على الآخرين إلى الحد الأدنى الممكن في مثل هذه المواقف.

وفيما يتعلق بالطالب المتفوق، فإن توقع حدوث مشكلات معينة بينه وبين زملائه أو معلميه أو في محيط الأسرة، وتوعيته بمثل هذه المشكلات المتوقعة هو مدخل وقائي هام يجب على الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة القيام به، فالوقاية خير من العلاج.

ثم إذا حدثت بعد هذه المشكلات بالفعل، فإن التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي يستهدف في هذه الحالة سرعة معاونة الطالب المتفوق على حل المشكلة حتى لا تؤثر على تفوقه الدراسي... ويستخدم الأخصائي الاجتماعي مهاراته المهنية للتعامل مع كل مشكلة على حدة وفقًا لنوعها ومدى حدتها، مستخدمًا في ذلك مصادر الدراسة المختلفة، وتحديد نقاط القوة والضعف في الموقف الإشكالي، ووضع أهداف التدخل المهني، ثم تنفيذ خطة العلاج الذاتي والعلاج البيئي، بالتعاون مع الطالب صاحب المشكلة والأطراف الأخرى المشاركة بها أو المؤثرة فيها أو التي يمكن أن يكون لتدخلها أثر إيجابي في إنهاء المشكلة أو الحد منها أو – على الأقل – تقليل التأثير السلبي لها في حده الأدنى.

6- إشراك الطالب المتفوق في إحدى جماعات النشاط المناسبة له:

يحتاج الطالب المتفوق في المواد الدراسية الأكاديمية إلى المشاركة في واحد على الأقل من مجالات النشاط المختلفة التي تتناسب وميوله واتجاهاته

الخاصة، بما يعمل على تدعيم تفوقه بشكل غير مباشر، فهو من ناحية يشعر بالتكامل بين الجانبين، جانب الدراسة وجانب النشاط، ومن ناحية أخرى يحصل على شيء من الترويح بانضمامه لجماعة نشاط تتوافق ورغباته وميوله، ومن ناحية ثالثة فإن مشاركته في إحدى جماعات النشاط الحر المناسبة له، توفر له فرصة النمو الجسمي والاجتماعي والنفسي والانفعالي، وليس النمو العقلي والمعرفي فقط الذي يتم من خلال الاهتمام بالمناهج الدراسية والتفوق فيها.

وإشراك الطالب المتفوق في جماعة النشاط المناسبة له، هو عمل آخر، أو دور آخر من أدوار الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة في التعامل مع الطلبة المتفوقين. أما الطلبة المتفوقون في مجالات النشاط، فإن لديهم ـ مع شيء من التشجيع والحفز - الفرصة للنجاح في المواد الأكاديمية والتفوق فيها، وفقًا لمبدأ نفسي هام هو مبدأ "تعميم الخبرة" Experience Generalization. فالإنسان لديه القابلية لتعميم الخبرة من مجال إلى مجال آخر... وهذا التعميم يحدث أكثر عندما تكون المواقف سارة وإيجابية، فتعميم خبرة النجاح والتفوق من مجال إلى آخر، يحتاج إلى أخصائي اجتماعي متفهم ومستوعب لمثل هذه الحقائق النفسية والاجتماعية.

7- التعاون مع العاملين من تخصصات مهنية أخرى لتوفير الرعاية للطالب المتفوق:

والتعاون بين الأخصائي الاجتماعي وغيره من المتخصصين في مجالات مهنية أخرى أمر هام؛ حيث إن الأخصائي الاجتماعي له مجاله

المهني المتخصص، يمارسه بالتنسيق Co-ordination والتعاون Co-operation مع الآخرين مثل: طبيب المدرسة، الأخصائي النفسي، المعلم، الإداري بالمدرسة، وغير هؤلاء كل في تخصصه. فوضع خطة رعاية الطالب المتفوق تحتاج إلى فريق العمل Team Work المشار إليه، بحيث يحدد كل مهني متخصص من هؤلاء المهنيين ما على الطالب المتفوق أن يلتزم به أو يمتنع عنه من أجل مزيد التفوق.

الأخصائي الاجتماعي له الجانب الاجتماعي للطالب سواء داخل المدرسة أو ضمن إطار الأسرة، والأخصائي النفسي يهتم بالجوانب النفسية للطالب، وقد يجري اختبارات خاصة سواء لقياس الذكاء العام أو مستوى الطموح أو المقاييس التي تحدد الميول والاستعدادات وغير ذلك.

في حين يضع الطبيب نصب عينيه الحالة الصحية العامة للطالب، وما إذا كان في حاجة لرعاية طبية خاصة، كأن يحتاج إلى نظارة طبية أو سماعات في الأذن أو فحوصات طبية معينة؟ وما إذا كان له أن يشارك في الألعاب الرياضية أم لا؟... إضافة لتوضيح أهمية الإضاءة والتهوية والتغذية المناسبة وأثرها على التحصيل الدراسي وتفوق الطالب...

أما المعلم فكل معلم في مجال مادته قادر أكثر من غيره على وضع خطة تربوية للنهوض بمستوى الطالب والحفاظ على تفوقه الدراسي في أعلى مستوى ممكن.

أما الإداري فعليه تقع مسؤولية توفير مستلزمات نجاح الخطة التربوية الاجتماعية الخاصة بالطلبة المتفوقين من خلال توفير الإمكانات والموارد المطلوبة لتنفيذ ونجاح برامج رعاية المتفوقين مثل: توفير ما يلزم من أجل التكريم الفردي أو الجماعي للطلبة المتفوقين، من شهادات

تقدير وجوائز وهدايا ورحلات وحفلات وغير ذلك من وسائل وأساليب التشجيع والحفز المطلوبة.

8- العمل مع أسرة الطالب المتفوق لتوفير المناخ الأسري المناسب:

لا يعمل الأخصائي الاجتماعي في المدرسة مع الطالب المتفوق فقط وإنما مع أسرته أيضًا... وسبق أن أشرنا إلى اهتمام الأخصائي الاجتماعي عند تكريم الطلاب المتفوقين، بتكريم أولياء أمورهم أيضًا، اعترافًا من النظام التربوي ومن المدرسة بالدور الكبير الذي تقوم به الأسرة في تهيئة وتشجيع مظاهر التفوق لدى الطالب، ومن ثم على الأخصائي الاجتماعي أن يواصل هذا الدور مع الأسرة في شكل اتصالات مستمرة كتابية وهاتفية مع ولي الأمر، وإشراكه في كل ما يطرأ على مستوى ابنه دراسيًا وسلوكيًا واجتماعيًا ونفسيًا؛ لضمان التعاون التام بين المدرسة والبيت في رعاية هذا الطالب المتفوق، والتأكد باستمرار من أن هناك سياسة واحدة متفقًا عليها بين المدرسة والبيت للتعامل مع الطالب، دون ازدواجية أو تناقض أو تعارض. خاصة أن هناك من الأشياء ما لا تستطيع المدرسة أن توفره للطالب... وهي الأمور التي تقع في نطاق مسؤولية الأسرة، مثل: توفير المكان المناسب للاستذكار، وتوفير الجو والمناخ الملائم للتحصيل الدراسي، وتنظيم الوقت، ومتابعة ما يحتاجها الطالب أثناء الامتحانات، والتأكد من كفاية الإضاءة، وحسن التهوية، وقلة الضجيج والتشويش، مع توفير الرعاية النفسية اللازمة للطالب، والتأكد من حصوله على القدر الكافي من النوم والراحة والاسترخاء... وغير ذلك من أمور في غاية الأهمية، لها تأثير حاسم في استعداد الطالب الاستعداد المناسب للنجاح والتفوق.

وقد يقوم الأخصائي الاجتماعي بالمدرسة بالاتصال الشخصي المستمر مع ولي أمر الطالب المتفوق بشأن تلك الأمور، وقد يرتب لاجتماع أوليـــاء أمور الطلبة المتفوقين، يتحدث فيه ويعطي الفرصة لآخرين من تخصصات مختلفة للحديث كل في مجال تخصصه، بحيث يكون الاجتماع مفيدًا لأكبـــر عدد ممكن من الطلبة المتفوقين وأولياء أمورهم.

مراجع الفصل التاسع

(1) المصدر:

مدحت محمد أبو النصر ومحمد إبراهيم الوليلي: "التفوق الدراسي"، دور المدرسة والأخصائي الاجتماعي"، **مجلة التربية**، وزارة التربية والتعليم، العدد 138-140، يونيو ويوليو وأغسطس 1996.

انظر أيضًا:

مدحت محمد أبو النصر: "معوقات ومشجعات الابتكار في الوطن العربي"، **مجلة ثقافة الطفل**، المجلد السادس، وزارة الثقافة، القاهرة: 1991، ص ص 58-80.

مدحت محمد أبو النصر: **رعاية أصحاب القدرات الخاصة** (القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2004).

(2) مريم إبراهيم حنا: "المتفوقون دراسيًا"، في مريم إبراهيم حنا وآخرون: **الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة** (القاهرة: كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، 1996) ص ص 221-240.

(3) Rosemarie S. Morganett: **Skills For Living: Group Counseling Activities for Young Adolscents** (LLLinois: Research Press, 1990) PP. 28-29.

(4) Robert W. Weinbach & Karen M. Kuehner: "Improving The Use of Agency Resources Through Peer Training", **Social Work Journal**, Vol. 32, No. 3, May – June, 1987, PP. 221-224.

(5) See: Sarah H. Leeper, et. al.: **Good Schools for Young Children** (N. Y.: Macmillan Co., 1984) PP. 90-94

(6) مدحت محمد أبو النصر وأحمد عبد العزيز النجار: **الرعاية الاجتماعية في الإمارات: الماضي والحاضر والمستقبل** (العين: مكتبة الفلاح، 1996) ص 28- ص43- ص45.

(7) أحمد عبد المجيد الصمادي وآخرون: **مبادئ الإرشاد والتوجيه** (صنعاء: الـيمن: وزارة التربية والتعليم، 1993) ص ص 4-5.

(8) **See**: C. Burt: **The Gifted Child** (N. Y.: Wiley, 1975) PP. 50-55.

(9) محمد خالد الطحان: **مبادئ الـصحة النفـسية** (دبـي: دار القلـم، ط3، 1992) ص ص 365-369.

(10) See: G. M. Prince: **The Practice of Creativity** (N. Y.: Harper Publishers, 1970), Ch. 3.

(11) حسان داوود: **كيف تذاكر؟** (أبو ظبي: نادي الجزيرة الرياضي الثقـافي، 1990) ص ص 1-52.

الفصل العاشر: الخدمة الاجتماعية الوقائية في بيئة العمل

مقدمة.

المزايا والخدمات التي تقدم للعاملين في المنظمات.

أهمية المزايا والخدمات للعاملين.

أمثلة على المزايا والخدمات التي تقدم للعاملين.

ممارسة الرياضة لتخفيف حدة ضغوط العمل والحياة.

أهمية أوقات الراحة وتنظيمها في أماكن العمل.

مراجع الفصل العاشر

الفصل العاشر

الخدمة الاجتماعية الوقائية في بيئة العمل

مقدمة:

من الاتجاهات المعاصرة في مهنة الخدمة الاجتماعية الاهتمام بتقديم خدمات وقائية ــ بجوار الخدمات العلاجية ــ في بيئات العمل. والفصل الحالي يحاول تقديم بعض الأمثلة على خدمات اجتماعية لها طابع وقائي في بيئة العمل بما يساهم في وقاية العاملين من مشكلات عديدة أصبح من المألوف ملاحظتها في كثير من أماكن العمل. ومن هذه المشكلات على سبيل المثال: الملل، والاحتراق الوظيفي، والمشكلات الصحية، وضعف العلاقات الإنسانية بين العاملين، وضعف الانتماء أو الولاء المؤسسي...

المزايا والخدمات التي تقدم للعاملين في المنظمات[1]:

تطور مفهوم حق الرعاية مصاحبًا للثورة الصناعية التي أحدثت تغييرات جذرية على الصعيدين الاجتماعي والاقتصادي، وأدت محصلتها إلى تحسن مطرد في الظروف الصحية والتعليمية والاجتماعية والاقتصادية للعاملين، وأصبح حق العاملين في قطاع الصناعة لا يمنح ولا يورث ولكن يمارس.

هذا ويمثل حق العاملين في الرعاية أحد الاستحقاقات المترتبة على مردود وعائد عملية الإنتاج.

وفي هذا السياق:

لابد من الإشارة إلى أن الخدمات التي تقدم للعاملين ليست عملية استهلاكية وإنما هي عملية إنتاجية، فلقد أثبتت البحوث والدراسات أن تقديم العديد من الخدمات للعاملين أدى إلى تحقيق مزيد من الإنتاجية والولاء والانتماء وزيادة الرضا الوظيفي وحب المنشأة وقلة المشكلات التي يعاني منها العاملون وأسرهم؛ مما يؤدي بدوره إلى قلة نسبة الغياب ومعدلات إصابات وحوادث العمل.

أهمية المزايا والخدمات للعاملين:

تقديم المزايا والخدمات للعاملين له دور هام في تحقيق الآتي:

1- جذب الأفراد للعمل واستمرارهم في المنظمة.
2- توفير المناخ الملائم الذي يُشعر الأفراد بالأمان.
3- شعور جميع الموظفين بأن المنظمة تسهر على رعايتهم وترعى حقوقهم.

أمثلة على بعض المزايا التي تقدم للعاملين:

1- الإجازات والعطلات المدفوعة.
2- التأمينات الاجتماعية.
3- القروض.
4- المشاركة في الأرباح.
5- المساهمة في ملكية الأسهم.
6- الوقت غير المنتج (مثل: وقت الراحة ووقت الغذاء).
7- خطة التقاعد.

والآتي شرح تفصيلي لبعض هذه المزايا:

1- الإجازات والعطلات المدفوعة:

لا يوجد إنسان يستطيع أن يعمل باستمرار بدون إجازات. فأي إنسان يحتاج إلى العديد من الإجازات لأسباب عديدة منها: الحصول على الراحة وكسر روتين العمل، أو للحج، أو للزواج، أو للوضع، أو للمرض، أو للمصيف...

والإجازات بمختلف أنواعها هي أحد حقوق العاملين في أي منظمة، يقررها قانون العمل بالدولة وتنظمها لوائح وتعليمات كل منظمة. ومن أنواع الإجازات نذكر: الإجازات السنوية، والرسمية، والمرضية، والعارضة، والخاصة...

2- التأمينات الاجتماعية:

أصبحت التأمينات الاجتماعية ضرورة من ضرورات أي مجتمع في العصر الحديث. وتعتبر التأمينات الاجتماعية إحدى وسائل الأمن الاجتماعي في مجال تحقيق الحماية والأمان الاجتماعي. وهي تقتصر على تلك النظم التي تستهدف تغطية خطر اجتماعي معين في مقابل تجميع اشتراكات يؤديها العاملون المؤمن عليهم وأصحاب الأعمال والدولة، ثم إعادة توزيع هذه الاشتراكات على من يتحقق بالنسبة لهم وقوع الخطر المتوقع منه.

ولقد أوجد المشرع التأمينات الاجتماعية لتغطية المخاطر التي قد يتعرض لها العاملون في أي منظمة، سواء كانت حكومية أو قطاعًا عامًا أو قطاعًا خاصًا أو منظمات إقليمية أو دولية.

والمخاطر التي يواجهها العاملون عديدة. ومن المخاطر التي يغطيها التأمين الاجتماعي نذكر:

1- المرض.
2- الوفاة.
3- العجز.
4- الشيخوخة.
5- إصابات العمل.
6- الأعباء العائلية.
7- البطالة.

ويشمل نظام التأمين الاجتماعي التأمينات التالية:

1- تأمين الشيخوخة.
2- تأمين العجز.
3- تأمين الوفاة.
4- تأمين إصابات العمل.
5- تأمين المرض.
6- تأمين البطالة.

أمثلة على المزايا والخدمات التي تقدم للعاملين:

1- خدمات صحية.
2- خدمات اجتماعية.
3- خدمات رياضية.
4- خدمات تعليمية.
5- خدمات ثقافية.
6- خدمات تسهيلية.

والآتي شرح تفصيلي لبعض هذه الخدمات:

1- الخدمات الصحية:

وتتنوع هذه الخدمات التي تقدمها المنظمة لأفرادها ومن أمثلتها: الكشف الطبي الدوري العام الذي تجريه الإدارة للاطمئنان على صحة موظفيها، وكذلك الفحوص والتحاليل والتأمين الصحي والعلاج الذي يشمل عيادة الطبيب وشراء الأدوية وإجراء التحاليل، والعمليات الجراحية، هذا بالإضافة

إلى المجهودات التي تبذلها المنظمة لتنمية الوعي الصحي لـدى أفرادهـا كمنع البصق والتدخين مثلاً، وتوفير أماكن نظيفة للوضوء والصلاة...إلخ.

2- الخدمات الاجتماعية والرياضية:

ومن أمثلتها:

النوادي الاجتماعية والرياضية التي يمكـن للأفـراد أن يتـرددوا عليهـا ويمارسوا فيها أنشطتهم الاجتماعية والرياضية والترفيهية، وكذلك الفـرق الرياضية التي تكونها المنظمة من عامليها وتقيم بينها وبين الفرق الأخرى المباريات والمهرجانات الرياضية والتنقلات والرحالات الترفيهية والسياحية داخل البلاد وخارجها والاستشارات وخدمات العلاج النفسي والاجتمـاعي لأولئك الأفراد الذين يحتاجون إلى مـساعدة شخـصية أو عنـد مواجهـة مشكلات عائلية أو عاطفية،... إلى غير ذلك من المواقف والأحوال التـي تستدعي استشارة المختصين.

3- الخدمات التعليمية والثقافية:

ومن أمثلتها:

أ) مساعدة العاملين على إكمال تعليمهم أو الحصول علـى شـهادات أعلى وذلك بدفع نفقات التعليم أو جزء منها.

ب) تعليم الكبار، أو التعليم المستمر والذي يتمثل في دراسة موضوعات معينة كاللغات والحاسب الآلي والترجمة.

ج) مجهودات محو الأمية.

د) المحاضرات والندوات الثقافية والاجتماعية والدينية.

4- الخدمات التسهيلية:

ومن أمثلتها:

أ) الإسكان:

ويأخذ أشكالاً متعددة: بناء مجمع سكني للعاملين، أو صرف بدل مسكن، ومساعدة الأفراد في العثور على المسكن الملائم، وكذلك إعطاء الفرصة لامتلاك الوحدات السكينة.

ب) المواصلات:

وتتضمن نقل الأفراد من أماكن إقامتهم إلى أعمالهم وبالعكس، أو صرف بدل انتقال.

ج) التعاونيات/ الكانتين:

وتتضمن محال المواد الغذائية، ومتاجر الأقسام، وتوفر هذه المحال السلع المطلوبة بسعر ملائم أو مخفض.

د) دور الحضانة:

في كثير من الأحيان تنشئ المنظمة دورًا للحضانة لأبناء العاملين لتوفر لهم الشعور بالاطمئنان على أبنائهم، وينظم قانون العمل مثل هذا الأمر؛ حيث يلزم جهة العمل التي يعمل بها أكثر من 100 موظفة/ عاملة أن تنشئ في مكان العمل دور حضانة لأبنائهن.

وحتى تظل المزايا السابقة موجبة لولاء العاملين وانتمائهم لابد من مراعاة الإدارة في المنظمة لعملية تجديد المزايا التي توفرها للعاملين وتطويرها من حين لآخر، وكذلك يجب تأكيد فكرة الأخذ والعطاء وتبادل المنافع بين الإدارة والعاملين، وتجنب تحقيق أحد الطرفين مكاسب على حساب الطرف الآخر.

فالإدارة تقدم حوافز ومزايا للعاملين وتحصل منهم على إنتاجية مرتفعة وولاء وإخلاص، والعاملون يقدمون أيضًا جهودهم وأوقاتهم وقدراتهم ومهاراتهم للعمل وإخلاصهم له ولمنظماتهم، ويحصلون على الإشباع الذي يريدونه لحاجاتهم المادية والمعنوية، ومن ناحية أخرى ينبغي على الإدارة أن تقوم بدراسة المشكلات التي تواجه تطبيق هذه المزايا للعاملين وتبحث مداخل علاجها ثم تحسينها وتطويرها.

هذا ويتولى تقديم المزايا والخدمات للعاملين في المنظمة فريق عمل من مختلف التخصصات مثل:

1- العاملون في إدارة الموارد البشرية.
2- موظفو العلاقات العامة.
3- المحامون.
4- الأخصائيون الاجتماعيون.
5- أخصائيو التغذية.
6- أخصائيو التربية الرياضية.
7- الأطباء والممرضات.
8- المدرسون.

ممارسة الرياضة لتخفيف حدة ضغوط العمل والحياة[2]:

من الأساليب المقترحة لتخفيف حدة ضغوط العمل والحياة ممارسة أي نوع من الرياضة البدنية.. فلقد أثبتت البحوث والدراسات أن ممارسة الرياضة المناسبة له دور في الشعور بالسعادة والاستمتاع بالحياة وتجديد النشاط والحد من الغضب وتخفيف حدة التوتر والتنفيس عن المشاعر السلبية نتيجة الإرهاق في العمل وصعوبات التعامل مع الآخرين.

والجدول التالي يوضح النتائج الإيجابية للألعاب المختلفة على جوانب: القدرة على التحمل، والمرونة، والقوة، وتكوين العلاقات مع الآخرين (العلاقات الاجتماعية):

جدول رقم (3)

النتائج الإيجابية للألعاب المختلفة

الرياضة	القدرة على التحمل	المرونة	القوة	العلاقات مع الآخرين
كرة السلة	***	****	***	***
كرة القدم	***	***	**	***
السباحة	***	***	***	**
التنس	***	***	**	**
الدراجات	****	**	***	*
المشي	**	*	**	*
الجري	****	**	**	*
الجولف	**	**	**	**

مفتاح الجدول:

تأثير ممتاز = ****　　تأثير جيد جدًا = ***

تأثير مفيد = **　　تأثير متدن = *

أخيرًا نقترح أن تساعد المنظمات العاملين على ممارسة الرياضة، وذلك من خلال عدة طرق منها: تخصيص 15 دقيقة كل يوم أثناء وقت العمل لممارسة التمارين الرياضية المناسبة بواسطة جميع العاملين. كذلك يمكن للمنظمات إنشاء

الأندية الخاصة بها أو تسهيل اشتراك العاملين في الأندية القائمة فعلاً في المجتمع وإعطائهم نسبة خصم تشجعهم على الانضمام إلى مثل هذه الأندية.

أهمية أوقات الراحة وتنظيمها في أماكن العمل(3) :

أخذ قسط من الراحة لا يجب أن يشعرك بالذنب، بل إنه سيساعدك على العمل من جديد بنشاط وحيوية.

فجزء من تنظيم وقت العمل أن يكون فيه جزء للراحة والترفيه، فإن النفس تسأم بطول الجد، والقلوب تكل من طول العمل.

وقد قال سيدنا على رضي الله عنه: "روّحوا القلوب ساعة بعد ساعة، فإن القلوب إذا كلّت عَميتْ".

لقد أظهرت الدراسات أن فترات الراحة القصيرة (من 5 إلى 10 دقائق) عقب كل ساعة عمل، أفضل من فترات الراحة الطويلة (ساعة أو ساعة ونصف) عقب كل 4 إلى 5 ساعات عمل.

من هذا المنطلق لابد من أخذ وقت للراحة في حالة الاجتماعات الطويلة، وذلك من أجل الانتعاش واستعادة الحيوية.

كذلك فإن استخدام وقت للراحة قد يمنح المشاركين فرصة مناقشة بعض موضوعات الاجتماع في إطار غير رسمي قبيل انعقاد الاجتماع مرة أخرى.

وينصح بعدم تقديم وجبات كبيرة من الطعام خلال فترة الراحة؛ لأن ذلك غالبًا ما يصيب المشاركين بالخمول والنعاس. هذا ويمكن تناول مثل هذه الوجبات بعد انتهاء الاجتماع.

مراجع الفصل العاشر

1- مدحت محمد أبو النصر: **الاتجاهات المعاصرة فـــي تنميـــة وإدارة المـــوارد البـــشرية** (القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2007) ص ص 225-230.

2- **المرجع السابق**: ص ص 222-223.

3- **المرجع السابق**: ص ص 224-225.

الفصل الحادي عشر: أمثلة أجنبية على برامج ومشروعات في الخدمة الاجتماعية الوقائية

أولاً: أساليب الوقاية من الجنوح - تجربة هولندية.

ثانيًا: التجربة الفنلندية للوقاية من الجريمة بواسطة المؤسسات التربوية.

ثالثًا: خدمات الوقاية الأولية للأطفال والشباب في بعض مدارس الولايات المتحدة الأمريكية.

رابعًا: مركز «مدارس ومجتمعات خالية من المخدرات» في مدينة بورتلاند بالولايات المتحدة الأمريكية.

مراجع الفصل الحادي عشر.

الفصل الحادي عشر

أمثلة أجنبية على برامج ومشروعات

في الخدمة الاجتماعية الوقائية

أولاً : أساليب الوقاية من الجنوح. تجربة هولندية[1] :

تم في هولندا في الآونة الأخيرة تشكيل لجنة للوقاية الاجتماعية من الجنوح وتتكون هذه اللجنة من ممثلين عن مختلف الإدارات المحلية. ويرأسها المدير العام لإدارة الشرطة والهجرة بوزارة العدل، وتقوم هذه اللجنة بدور التنسيق والتعاون بين الإدارات المختلفة من أجل تنفيذ السياسة الوقائية من قبل الوزارات المعنية. ومن أجل تشجيع السلطات المحلية على تطوير سياسات وقائية اجتماعية محلية، عملت الحكومة على تخصيص ميزانية قدرت بما يعادل 25 مليون دولار لتمويل المشاريع المحلية الوقائية المهمة في الفترة من 1987 إلى 1991.

وتقوم هذه اللجنة بمهمة تقديم الاستشارات والتنسيق بين وزارة العدل ووزارة الداخلية بشأن المساهمات الخاصة بالتمويل وأساليب توزيعها على الدوائر المحلية، ويعتبر موضوع التمويل وتوزيع الحصص بين البلديات والدوائر المحلية من المواضيع المثيرة للجدل والاختلاف بشكل مستمر بين هذه اللجنة ولجنة رابطة البلديات. ويتم تخصيص 10% من المبالغ المرصودة في الميزانية للتقييم العلمي للأعمال والنتائج. كما تم تخصيص نسبة من الاعتمادات المالية لإصدار مجلة متخصصة بالوقاية من الجريمة والجنوح؛ حيث يتم طباعة 18 ألف نسخة منها كل

فصل وتوزع في دواوين البلديات وفي المدارس والمراكز الرياضية والنوادي لتساهم في تقديم المعلومات وتثقيف الجمهور وتنمية وعيه الأمني وتعبئته للوقاية من الجنوح والجريمة.

ويعتبر رئيس البلدية في كل منطقة في هولندا هو المسؤول بالدرجة الأولى عن الوقاية الاجتماعية من الجنوح والجريمة. وقد عمدت عدة بلديات في المدن الكبرى إلى تشكيل لجان متخصصة للوقاية من الجنوح، تتكون من موظفي ومستشاري البلديات الأكفاء في هذا المجال، والمسؤولين عن الشباب والخدمة الاجتماعية (الأخصائيين الاجتماعيين) والحياة المدنية، بالإضافة إلى ممثلين عن الجهات الأمنية كالشرطة المسؤولة عن الوقاية من الجنوح وممثلين عن النيابة العامة.

وقد تم إعداد برامج محلية للوقاية من الجنوح وذلك باختيار 28 مشروعًا تتعلق بالوقاية من الجنوح والمخالفات. وهي تتضمن برامج خاصة أعدت لطلبة المدارس، وبرامج تدريبية متخصصة لمكافحة أنواع الجنوح المختلفة، كالتخريب والاعتداءات والسرقة... إلخ.

ومن بين هذه البرامج، البرنامج الخاص بالوقاية من سرقة السيارات والدراجات الذي طبق في عدة مدن هولندية، وذلك بتخصيص أماكن محددة لوقوف الدراجات وحراستها من قبل حراس يتم اختيارهم من قبل البلديات ومن بين العاطلين عن العمل والراغبين في ممارسة هذا العمل بعد تدريبهم لفترة معينة على الأساليب الوقائية من السرقة.

وهناك برامج خاصة بأصحاب المحلات التجارية تهدف إلى تعريفهم بالأساليب الوقائية المطلوب اتباعها، وقد لوحظ انخفاض معدلات السرقة والاعتداءات على المحلات التجارية التي خضع أصحابها لدورات تدريبية وقائية.

وقد قررت اللجنة أيضًا تمويل عدة برامج تهدف إلى تقديم استشارات خاصة بالاعتبارات الأمنية في تخطيط وتنظيم المدن، من خلال تطوير التصاميم الهندسية بحيث تتضمن جوانب وقائية تساهم في الوقاية المستقبلية من الجرائم والاعتداءات. بالإضافة إلى إجراءات السلامة المطلوب توفرها في المباني والمنشآت، وعلى مستوى التخطيط تم التأكيد على أهمية التوزيع الجغرافي للأبنية السكنية.

كما تم إعداد برامج خاصة بتدريب حراس الأبنية السكنية والمنشآت، يتم فيها التركيز على الجوانب الوقائية وكيفية اتخاذ الإجراءات الضرورية لمواجهة الاعتداءات أو السرقات ومكافحة الحريق وأساليب التعامل مع السكان واستخدام أجهزة السلامة والإسعافات الأولية المختلفة.

وقد تم إجراء تقييم مبدئي لهذه البرامج للتعرف على مدى انعكاسها على معدلات الجنوح في ثلاث مدن هولندية خلال ثلاث سنوات، ولوحظ انخفاض نسبة الجنوح والمشاكل الأمنية بعد تطبيق هذه البرامج واتخاذ الإجراءات الوقائية الجديدة.

وعلى مستوى المدارس قامت اللجنة بتطبيق ثلاثة برامج جاهزة في ثلاث مدن هولندية أخرى خاصة بالطلبة الذين ينقطعون عن المدرسة ويتغيبون لفترات طويلة، وتقوم اللجنة بتمويل برامج تدريبية تربوية تهدف إلى الوقاية من انحراف الأحداث. ويشارك في هذه البرامج الأخصائيون الاجتماعيون بالمدارس.

كما أعدت برامج تهدف إلى خدمة البيئة المحلية، عن طريق إنشاء جهاز متخصص في جمع المعلومات الإحصائية والوثائقية والمعرفية الخاصة بالجنوح وبالوقاية من الجريمة، تهدف إلى تطوير الدراسات وتوزيعها على المستوى المحلي والدولي، ويتم تغذية هذه الأجهزة من مصادر المعلومات بصورة مستمرة من جميع الجهات والهيئات المختلفة.

وهناك وزارات أخرى تساهم في تمويل برامج وقائية كوزارة الشؤون الاجتماعية والثقافية التي أعدت 25 برنامجًا محليًا تهدف إلى التأهيل الاجتماعي وعمليات الدمج الاجتماعي بالنسبة للجماعات التي تنتمي إلى أصول عرقية ودينية متعددة بغية التقليل من المشكلات التي تنجم عن عدم الانسجام أو التأقلم في البيئة المحلية؛ حيث تم تخصيص ستة ملايين دولار سنويًا تغطي برامج إعادة تأهيل الشباب لسوق العمل المناسب، وذلك بعد التعرف على إمكاناتهم التعليمية وخبراتهم وتخصصاتهم.

كما أن هناك برنامجًا خاصًا بالشباب الذين يعانون من البطالة الطويلة الأجل، وقد قررت الحكومة كأسلوب وقائي من الجنوح ومن أجل حل الكثير من المشاكل الاجتماعية والصحية وضع خطة عملية تهدف إلى توفير العمل وإقامة دورات تدريبية مهنية أو تعليمية لجميع الشباب ما بين سن 16 إلى 25 عامًا وذلك خلال الأعوام القادمة.

وهناك برامج أخرى للرجال والنساء الذين تزيد أعمارهم عن 25 عامًا من الهولنديين والمقيمين، وبرنامج معدّ لنشر الوعي الصحي والاجتماعي يهدف إلى التعريف بالمخاطر الصحية للمشروبات الكحولية والمنبهات والمخدرات والسرقات والاعتداءات وانعكاساتها على الفرد والمجتمع.

وفي هذا الجزء سيتم الإشارة إلى أهم المشاريع الوقائية التي أعطت نتائج إيجابية على الصعيد العملي والتي يمكن حصرها فيما يلي:

1- إجراءات وقائية في أماكن ووسائل المواصلات العامة:

عملت الحكومة الهولندية منذ السبعينيات وبعد ازدياد معدلات المخالفات والجنوح في محطات المترو ومواقف الباصات والقطارات والسيارات إلى اتخاذ

إجراءات جديدة تكمن في تعيين عناصر حراسة ومراقبة في هــذه الأمــاكن بعــد تدريبهم ليقوموا بدور رقابي.

كما تم تعديل نظام الركوب في الحافلات الكبيرة ليصبح الصعود إليها مــن جهة السائق. وقد طبق هذا النظام في البداية في مــدن أمــستردام وورتــردام ولاهاي، وقد أعطى نتائج إيجابية انعكست على معدل مخالفات المسافرين بدون تذاكر، كما أدى إلى انخفاض معدلات الاعتداءات والسرقات في الفترة التي تلت تطبيق هذه الأنظمة مباشرةً، وحقق فرص عمل جديدة لبعض فئات العاطلين عن العمل من النساء والرجال، وأدى إلى توفير ما يعادل خمسة ملايين دولار سنويًا من أجرة المواصلات ومن المخالفات التي يحررها المراقبــون فــي محطــات المترو والحافلات والقطارات.

وقد أدى هذا البرنامج إلى ارتفاع معدلات الشعور بالأمن والاطمئنان لــدى الركاب الذين يستخدمون وسائل المواصلات العامة وإلي زيادة معدلات استخدام المواصلات الحكومية العامة من قبل الجمهور وانخفاض معدلات التلوث البيئي وازدحام السيارات في شوارع هذه المدن، كما أدى إلى تــوفير مبــالغ ماليــة ساعدت في تحسين وتطوير وسائل المواصلات والتفكير في اتخــاذ إجــراءات تطويرية في المستقبل.

2- برنامج وقائي خاص بالتسرب الدراسي:

إن الحديث عن الوقاية وجنوح الأحداث يرتبط ارتباطًــا مباشــرًا بموضــوع التسرب الدراسي والتغيب عن المدرسة. ولذا يكون الاهتمام بهذا الموضوع ومتابعة الذين يتغيبون عن المدرسة لفترات طويلة أو الذين يتركون الدراسة إجراءً وقائيًــا يسمح بالتعرف على مرحلة ما قبل الجنوح بطريقة غير مباشرة تساعد في الحد من انحراف الأحداث.

وقد أظهرت الدراسة الخاصة بالتسرب الدراسي Drop Out والانقطاع عن المدرسة أهمية البيئة المدرسية بالنسبة للأحداث، فإلى جانب الهدف التعليمي الذي تقدمه المدرسة فإنها تلعب دورًا بالغ الشأن في مساعدة الحدث لكي يتعلم كيف يتفاعل ويتعامل مع الناس وكيف يتقبل الوجبات، وتتكون لديه من خلال تعامله مع الجماعة مجموعة من القيم، وإذا فشلت المدرسة في تحقيق هذه الغايات فإن ذلك قد يؤدي بالحدث إلى الانحراف. ففشل الأطفال في الدراسة نتيجة لتقصير عقلي أو عوائق جسمية معينة تعرضهم لتوبيخ المعلم والأهل وسخرية زملاء الدراسة؛ مما قد يدفع بهم إلى الشعور بالنقمة والهروب من المدرسة والانضمام إلى رفاق السوء والسير في طريق الانحراف بشكل أو بآخر.

وقد أوضحت أغلب الدراسات أن الفشل في الدراسة يظهر واضحًا عند المنحرفين في سن مبكرة؛ حيث أفادت إحدى الدراسات التي أجريت على نزلاء دور الأحداث في أمستردام أن 35% منهم كانوا غير منتظمين في الدراسة وأن 44% منهم كانت نتائج دراستهم فاشلة، وأن ربع الأحداث المنحرفين تركوا المدرسة بسبب فشلهم الدراسي وعدم رغبتهم في الدراسة.

فالفشل الدراسي كان وراء ترك المدرسة للعديد من الأحداث الجانحين الذين لم تتكون لديهم بعد مقومات ثابتة لمواجهة أمور الحياة ومشاكلها بحيث أصبحوا معرضين للسير في طريق الانحراف لعدم اكتمال نضجهم العقلي والعاطفي والاجتماعي الذي يؤهلهم للعمل. وباختصار فإن أغلب الدراسات قد كشفت عن دور التخلف الدراسي والغياب عن المدرسة في تكوين الاتجاهات المضادة للمجتمع والسلوكيات التي تؤدي إلى الانحراف.

ولعلاج التسرب الدراسي تم إعداد برنامج حاسب إلى خاص بمراقبة الحضور والغياب في ثلاث مدارس إعدادية للتعليم المهني نظرًا لارتفاع معدلات التسرب

الدراسي في هذه المدارس، وذلك بإخطار الأهل عن غياب أبنائهم في اليوم الذي يتغيبون فيه عن المدرسة، كإجراء وقائي يهدف إلى العناية بالطلبة المنقطعين عن المدرسة أو الذين يتغيبون دون علم الأهل، كما تم تخصيص أخصائي اجتماعي مسؤول عن الطلبة الذين لديهم مشاكل تتعلق بالغياب عن المدرسة لفترات طويلة؛ حيث يقوم بمتابعة هؤلاء الطلبة بالتنسيق مع المدرسة والأهل للعمل على عودتهم إلى المدرسة وتقديم توصيات علاجية مناسبة تهدف إلى إعادة الأطفال لمواصلة تعليمهم وتوجيههم إلى صفوف تقوية خاصة تنظم لهم بالتعاون مع مدرسين مختصين في دروس التقوية ومع رواد الفصول والتنسيق مع الأهل. وقد تم تحديد مدة هذه البرامج بحيث لا تزيد عن ثلاثة أشهر على الأكثر بهدف إعادة تأهيل الطالب نفسيًا وعمليًا للاندماج مرة أخرى في المدرسة ومواصلة تعليمه بصورة طبيعية.

وقد انخفضت نسبة التسرب الدراسي والانقطاع عن المدرسة بصورة ملحوظة بعد تطبيق نظام مراقبة الحضور والغياب في المدارس الهولندية، مما يجعل وزارة التربية والتعليم تضم نظام مراقبة انتظام الطلبة الدراسي في المدارس في الآونة الأخيرة باتباع قواعد جديدة لمراقبة التسرب الدراسي وذلك بتطوير أساليب جديدة لعلاج هذه الظاهرة.

ونتيجة لهذا المشروع قامت وزارة التربية بإعطاء أهمية لغياب بعض المدرسين، فعمدت إلى شغل أوقات المدرسين الذين يأخذون أجازات مرضية بأساتذة مدربين على المناوبة لفترات قصيرة لئلا ينعكس غياب المدرسين على تسرب الطلبة من المدارس، كما تم تخصيص مبالغ مالية لمدارس التعليم الثانوي، خاصة بتمويل هذه الإجراءات الوقائية نظرًا لما حققته من نتائج إيجابية.

وقد انخفضت نسبة التسرب الدراسي بصورة ملحوظة بعد اتباع نظام مراقبة الحضور، وبذلك يصبح تقليص فرص التسرب الدراسي والانقطاع عن المدرسة معتمدًا على دعم نظام مراقبة الحضور ببساطة والذي أعطى نتائج إيجابية في هذا المجال. ومن المبكر الحكم على نجاح الإجراءات الأخرى المتعلقة بتقوية العلاقية بين المدرسة والطلبة الذين يعانون من مشكلات واضطرابات سلوكية، وستكون النتائج لدينا واضحة بعد انتهاء عملية التقييم.

ثانيًا: التجربة الفنلندية للوقاية من الجريمة بواسطة المؤسسات التربوية[2]:

قامت فنلندة منذ مدة طويلة باعتماد سياسة الوقاية من الجريمة كأسلوب إجرائي ميداني للمكافحة والسيطرة على الجريمة والسلوكيات المنحرفة، واعتمدت في ذلك على مؤسسات اجتماعية سواء كانت أهلية أو حكومية؛ مثل المراكز والمؤسسات الاجتماعية على اختلاف أنواعها، ومراكز التوجيه والإصلاح، والمراكز والمنظمات الرياضية، والمؤسسات الصحية، والمؤسسات الاقتصادية الكبرى، ومؤسسات اجتماعية أخرى أنشئت لهذا الغرض.

لكن أهم مؤسسة ساهمت في العمل الميداني والفعلي للوقاية من الجريمة والسلوك المنحرف، كانت المدارس والمؤسسات التربوية المختلفة.

لقد اعتمدت فنلندة إدخال مادة الوقاية من الجريمة كمادة أو كمفردة في المناهج الدراسية في المدارس والمؤسسات التربية وهذا منذ مدة طويلة، بحيث يقوم شرطي بالزى الرسمي يساعده أستاذ بتدريس المادة على التلاميذ داخل الفصول المدرسية.

إن الهدف الأساسي من ذلك هو أولاً توضيح الدور الحقيقي للشرطة في المجتمع باعتبارها حامية للأفراد وممتلكاتهم ومنفذة للقوانين وحامية لها. وثانيًا توضيح العلاقة بين الشرطة والمواطن، بتوضيح دور المواطن ودور الشرطة والدور المشترك لكل منهما في الحفاظ على أمن وسلامة المجتمع.

وقد آتت هذه التجربة ثمارها، بحيث تعد فنلندة من الدول القليلة في العالم التي استطاعت تقليص وتخفيض معدل الجريمة في السنوات الأخيرة؛ حيث نلاحظ – مثلاً – أن معدل جرائم القتل قد انخفض.

كذلك فإن جرائم الاعتداء (وهي من الأعمال المنحرفة لدى الشباب عادة في فنلندة خاصة عند اقترانها بتناول الكحول) قد بدأت هي الأخرى في الانخفاض الملحوظ منذ سنة 1980م.

ونفس الشيء بالنسبة لجرائم السرقة الموصوفة (باستعمال العنف أو التهديد باستعماله) بدأت في الانخفاض هي الأخرى منذ عام 1980م، أما السطو على البنوك ومراكز البريد (باستعمال السلاح) فأصبحت في السنوات الأخيرة قليلة جدًا في فنلندة، وهذا رغم تزايدها في البلدان الأوربية والمجتمعات الصناعية الأخرى. ومن المعروف أن السطو على البنوك ومراكز البريد في المجتمعات الغربية على وجه الخصوص، وفنلندة واحدة منها، كانت نتيجة لدخول المخدرات للساحة الإجرامية، وخاصة كانت نتيجة دخول المخدرات للمؤسسات التربوية، وشيوع استعمالها لدى الأوساط الشبابية.

إن المجتمع الفنلندي بطبيعة الحال لم يسلم هو الآخر من هذه الآفة السلبية (تعاطي المخدرات في أوساط الشباب) لكن السياسة الوقائية المدروسة والمتبعة ميدانيًا وعمليًا يبدو أنها قد أعطيت ثمارها بحيث استطاعت التقليل من العواقب الوخيمة لها وإذا اعتمدنا النتائج والمعطيات الإحصائية كأساس لوجدنا الإحصائيات تشير إلى أن معدل السرقات (السرقات في المحلات الكبرى والمتاجر وسرقات أملاك الغير) قد أنخفض. وكذلك انخفضت بشكل واضح جرائم قيادة السيارات في حالة سكر بعد الحملة الوقائية الكبيرة التي قامت بها أجهزة الأمن الفنلندية (الشرطة

على الخصوص) لدى المرحلة العمرية 16-35 سنة وتحديدا في المدارس، والمؤسسات التربوية.

هذا ويمكن أن نقول أن السياسة الوقائية المعتمدة على المدارس والمؤسسات التربوية، والمعتمدة على إدخال الوقاية من الجريمة والسلوك المنحرف في المناهج التربوية بمشاركة الشرطة والمعلمين على حد سواء، قد أعطيت نتائج مهمة جدًا، وخير دليل على ذلك هو أن فنلندة عندها أقل معدل في جرائم السرقة بالمقارنة بكل دول أوروبا الشمالية.

كذلك فإن فنلندة في الوقت الحاضر لديها أقل معدل جرائم مخدرات في كل أوروبا الشمالية (وربما في كل أوربا والعالم الصناعي). لقد وجد أيضًا أن فنلندة لديها أعلى معدل في دول أوروبا الشمالية في نسبة القضايا الإجرامية التي وجد لها حلاً. بحيث أن أكثر من 50% جميع القضايا الإجرامية المبلغ عنها للشرطة وأكثر من 90% من جميع قضايا جرائم العنف تجد لها حلاً، وهذا لم يكن من الممكن بدون الحملات المنظمة للوقاية من الجريمة والسلوك المنحرف، التي اعتمدها المجتمع الفنلندي، وجعل المؤسسات التربوية المنطلق والبداية لها.

ثالثًا: خدمات الوقاية الأولية للأطفال والشباب في بعض مدارس الولايات المتحدة الأمريكية[3].

وضعت ليوين جلتشرست Lewayne Gilchrist وزملاؤها نموذجًا للوقاية الأولية للأطفال والشباب. واشتمل هذا النموذج على أربعة مكونات أو مراحل هي:

1- نشر أو نثر المعلومات Information Dissemination.
2- جعل المعلومات شخصية Information Personalization.
3- اكتساب المهارات Skills Acquisition.

4- تقويم النتائج Results Evaluation.

ولقد قامت ليوين وزملائها بتطبيق هذا النموذج في مجالي هما:

(أ) مساعدة المراهقين على وقاية أنفسهم من المشكلات الجنسية.

(ب) مساعدة الأطفال والشباب على وقاية أنفسهم من تدخين السجائر.

وتم تطبيق هذا النموذج على مجموعات تدريبية وأخرى ضابطة من تلاميذ وطلاب المدارس الإعدادية والثانوية في واشنطن، ووجد أن النموذج حقق نجاحًا واضحًا في وقاية معظم المستهدفين من المشكلات السابق ذكرها.

1- نشر أو نثر المعلومات:

في هذه المرحلة يتم نشر أو نثر المعلومات حول المشكلة المراد وقاية المستهدفين منها (المجموعة التدريبية)، وذلك بهدف توضيح الصورة وتحقيق الفهم السليم لخطورة المشكلة وكنقطة انطلاق نحو تكوين اتجاهات وقائية سليمة، وكنقطة بداية لتغيير الاتجاهات الخاطئة التي تدور حول المشكلة المراد الوقاية منها. والمعلومات التي يجب نثرها يجب أن تكون دقيقة مرتبطة موثوقا فيها وحديثة وكافية.

ولقد استخدمت الوسائل التالية في نشر أو نثر المعلومات في مجال الوقاية من تدخين السجائر:

1- عرض فيلم تعليمي عن التدخين ومضاره.

2- تقديم محاضرات علمية مختصرة عن التدخين ومضاره.

3- تبادل المناقشات حول موضوع التدخين.

4- قادة المجموعة نشروا المعلومات بين الأعضاء عن التأثيرات الجسمية السالبة للتدخين.

5- طلب من أعضاء المجموعة أن يتصلوا بمؤسسات المجتمع مثل: إدارة الطب الوقائي، المستشفيات، العيادات، لجمع معلومات عن التدخين ومضاره وعن المدخنين ومشكلاتهم الصحية، ورأى الطب في التدخين.

6- ثم طلب من كل عضو أن يقدم للمجموعة المعلومات التي حصل عليها ومصادر الحصول عليها.

وللتأكد من عملية نشر ووصول المعلومات صحيحة وكافية لكل عضو من أعضاء المجموع، تم عقد ستة امتحانات خفيفة وسريعة (Quizzes) وبالفعل تم التحقيق من إنجاز أهداف المرحلة الأولى.

2- جعل المعلومات شخصية:

الخطوة التالية هي جعل المعلومات المجردة والتي تتكلم عن أي إنسان جزءًا من واقع الفرد في حياته اليومية. وهنا تم مساعدة أعضاء المجموعة التدريبية التحدث عن مشكلة تدخين السجائر كما يفهمونها وكما يرونها ومخاطرها كما يلاحظونها، وأيهم الشخصي في ذلك.

وفي هذه المرحلة تم تعليم أعضاء المجموعة التدريبية كيفية تحويل المعرفة أو المعلومات المجردة إلى قرارات شخصية متعلقة بموضوع التدخين، حتى يكون لديهم اتجاه سلبي نحو التدخين، كما تم أيضًا توضيح دور الضغوط التي تمارسها جماعة الأصدقاء أو الأقران على الشخص في مرحلة ما قبل التدخين واستخدمت في هذه المرحلة الوسائل التالية:

1- طلب من أعضاء المجموعة في هذه المرحلة كتابة تقارير وعمل تمارين لفظية لتحويل ما تعلموه عن التدخين ومضاره إلى قرارات

شخصية لمواجهة مواقف صعبة عديدة يمكن أن يواجهونها في المستقبل مثل: أدخن أو لا أدخن؟ إذا عرض عليك أحد سيجارة، هل أخذها وأدخن مثله أم لا؟ إذا كانت كل جماعة الأصدقاء تدخن هل أدخن حتى أجاريهم أم لا؟

2- تم عقد اجتماعات التفاكر أو العصف الذهني Brain Storming لأعضاء المجموعة التدريبية حول المشكلات المحتمل مواجهتها لدى الشخص غير المدخن. وهي محاولة لاستخدام المعلومات التي تم الحصول عليها بشكل عام ومجرد، في مواقف اجتماعية حقيقية نابعة من الحياة اليومية لكل عضو في المجموعة. وكان نتاج هذه الاجتماعات أن أعضاء المجموعة وضعوا حلولا ممكنة للتعامل مع هذه المشكلات المحتمل مواجهتها.

3- وبناءً على تحديد المشكلات المحتمل مواجهتها والحلول الممكنة للتعامل معها، قامت المجموعة التدريبية بوضع ذلك في شكل تمثيلية بسيطة كنوع من لعب الأدوار Role Play، ويمكن أن نقول أساليب التدريب الرئيسية بشكل إجمالي وهي: المحاضرة والمشاهدة والمشاركة قد تم تنفيذها.

وللتأكد من نجاح هذه المرحلة طلب من أعضاء المجموعة أخذ قرار بشأن التدخين من عدمه، وكان قرارهم بشكل فردي (كل عضو على حده وبمفرده مع الباحث) وبشكل جمعي (المجموعة كلها) هو عدم التدخين، وطلب من كل عضو أن يكتب في ورقة أسباب ذلك. وبمحضر الإجابات وجد أن كل الأعضاء كتب على الأقل خمسة أسباب.

3- احتساب المهارات:

وهنا يتم إكساب أعضاء المجموعة التدريبية مهارات تحويل الاتجاه السلبي نحو التدخين (القرارات الشخصية) إلى سلوك واضح ومحدد وهو عدم التدخين. وعدم الجلوس مع من يدخن من زملائهم ومع الكبار المدخنين وإبداء الرأي لهم بصراحة وبشجاعة بمضار التدخين. وهذا لا شك يتطلب تعليم الأعضاء تكنيكات صنع القرارات ومهارات الحزم أو الإصرار على الحق Assertion Skills.

أيضًا من المهارات التي تم تعليمها لأعضاء المجموعة، مهارات الاتصال اللفظي وغير اللفظي لمساعدتهم على التعبير عن مشاعرهم واتجاهاتهم وأفكارهم بوضوح وبدون خجل وفي اتجاهين، أي بشكل متبادل مع الآخرين.

وهنا طلب من أعضاء المجموعة مناقشة موضوع التدخين ومخاطرة Risk مع الوالدين ومع الزملاء ومع الكبار الآخرين مثل المدرسين... وأخذ ملاحظات على المدخنين بصفة عامة في الأماكن العامة غير المسموح بالتدخين فيها، ومناقشة هذه الملاحظات مع زملائهم ومع الباحث. بل قام أعضاء المجموعة التجريبية بتنفيذ مجلات حائط وملصقات توضح مضار التدخين.

4- تقويم النتائج:

بمقارنة المجموعة التدريبية بالمجموعات الضابطة فيما يتعلق بالمشكلات المطلوب الوقاية منها وذلك بعد ستة شهور من تطبيق النموذج، وجد أن المجموعات التدريبية أفضل من المجموعات الضابطة فيما يتعلق بالوقاية من المشكلات الجنسية ومن تدخين السجائر.

رابعًا: مركز "مدارس ومجتمعات خالية من المخدرات" في مدينة بورتلاند بالولايات المتحدة الأمريكية[4]:

شكلت في مدينة بورتلاند بولاية أرجون مركز مدارس ومجتمعات خالية من المخدرات Center For Drug Free Schools And Communities ويهدف هذا المركز إلى حماية ووقاية الأسرة من تناول الكحوليات وتعاطي المخدرات.

ويقوم المركز بالعديد من الأنشطة الوقائية لتحقيق أهدافه، نذكر منها:

1- تعليم وتدريب المدرسين على تقديم معلومات وسلوكيات تدور حول وقاية التلاميذ والطلاب من شرب الكحوليات وتعاطي المخدرات.
2- تقديم المعلومات وعقد ورش العمل للأسر عن مشكلة شرب الكحوليات وتعاطي المخدرات.
3- إرشاد العاطلين عن العمل إلى المؤسسات التي تساعدهم في الحصول على العمل.
4- مساعدة الأطفال والشباب على الشعور تجاه أنفسهم وتجاه أسرهم بمشاعر طيبة، بما يجعل العلاقات بين هؤلاء الأطفال والشباب من ناحية وأسرهم من ناحية أخرى متبادلة وإيجابية وصريحة.
5- تدريب الأطفال والشباب على مواقف الاختيار من بين البدائل (اتخاذ القرارات) في حياتهم اليومية.
6- تطبيق هذا التدريب في مجال اتخاذ القرار بعدم شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات.
7- وكان من ضمن فريق العمل في هذا المركز أخصائيون ومرشدون في مجال العمل مع الأسرة.

وفي إحدى تقارير تقييم أنشطة المركز وجد أن معدلات شرب الكحوليات وتعاطي المخدرات في المدينة قد قلت عما قبل، وأن أسرًا جديدة اهتمت بالاتصال بالمركز وزيارته، رغبة منها في وقاية أبنائها من مشكلة شرب الكحوليات وتعاطي المخدرات. ولقد اهتمت – أيضًا – كثير من مؤسسات المجتمع بمساعدة المركز على تحقيق أهدافه، اقتناعا منها بشعار المركز "نحو مدارس ومجتمعات خالية من المخدرات".

تعقيب:

من خلال قراءة هذين المثالين من الولايات المتحدة الأمريكية فيما يخص وقاية النشء والشباب من الانحراف، نجد أنه يمكن الاستفادة منهما في مجتمعاتنا العربية بشكل جيد وهذا يتطلب من المسئولين والعاملين مع فئة الشباب، تطبيق هاتين التجربتين، مع إضافة البعد الإسلامي والذي يتمثل في مخافة الله ومراعاة الضمير والتزام الشخص بصفات المؤمن، أيضًا الاهتداء بالمبدأ الإسلامي: الحفاظ على الكليات الخمس (الدين، النفس، العقل، النسل والعرض، المال) يمكن تحقيق النجاح في وقاية الشباب من الانحراف بشكل أكبر في مجتمعاتنا.

كذلك يمكن للأخصائيين الاجتماعيين الاستفادة من هاتين التجربتين في وقاية الشباب والمجتمع ككل من بعض المشكلات التي قد يعانوا منها.

مراجع الفصل الحادي عشر

(1) انظر:

مركز البحوث والدراسات الأمنية والاجتماعية: **ندوة الوقاية من الجريمة**، الإدارة العامة لشرطة أبو ظبي، أبو ظبي 27-28 نوفمبر 1994.

- مركز البحوث والدراسات الأمنية والاجتماعية: **أساليب الوقاية من الجنوح، تجربة هولندية** (أبو ظبي: إصدارات المركز، رقم 26، 1995) ص ص 4-9.

- Crime Prevention, "A Review and Synthesis J the Literature", **Juetice Quarterly**, vol.5, 1955, pp. 323-395.

(2) المصدر:

- أحسن طالب: "الوقاية من الجريمة نماذج تطبيقية ناجحة"، **مجلة الفكر الشرطي**، شرطة الشارقة، المجلد 6، العدد 3، ديسمبر 1997، ص ص 441-415.

- Matti Joutsen : **The Criminal Jurtice System in Finland** (Finland : Ministry J Jurtice, 1995) pp. 20-22..

(3) Lewayne D. Gilchrist, Steven Paul Schinke & Betty Jean Blythe: "Primary Prevention Servcices of Chidren And Youth", **Chidren and Youth Services Review**, Vol. 1, 1979, pp. 379-391.

(4) **Tony** Kneidek: **Changing the Way the World Works for People: A Guide to Family-Based Alcohol and Other Drug Education for Yound Children** (Protant: Center for Drugfree Schools & Communities, 1995) pp. 1-15.

الفصل الثاني عشر: أمثلة عربية على برامج ومشروعات في الخدمة الاجتماعية الوقائية.

أولاً: برنامج الوقاية من التدخين في مدارس السعودية.

ثانيًا: برامج خدمة اجتماعية ذات صبغة وقائية في بعض مدارس الإمارات.

ثالثًا: برنامج التربية الأمنية ونشر الثقافة القانونية والأمنية في الإمارات.

رابعًا: مشروع اشتراك المواطنين في مخيمات الفلسطينيين في لبنان.

خامسًا: مشروع الأسر المنتجة في مصر.

سادسًا: أندية الدفاع الاجتماعي في مصر.

سابعًا: تدعيم الانتماء لدى الطفل المصري.

ثامنًا: مكاتب تسوية المنازعات الأسرية في مصر.

مراجع الفصل الثاني عشر.

الفصل الثاني عشر
أمثلة عربية على برامج ومشروعات
في الخدمة الاجتماعية الوقائية

أولاً: برنامج الوقاية من التدخين في مدارس السعودية[1]:

هذا البرنامج يتم تنفيذه في جميع المدارس الإعدادية والثانوية بالمملكة العربية السعودية. ولقد جاء التفكير فيه من منطلق أن الوقاية من التدخين أفضل من علاج المدخنين، أيضًا نظرًا لزيادة هذه الظاهرة بين تلاميذ وطلاب المدارس.

ولما كانت عادة التدخين تمثل خطورة حقيقية على الطلاب أنفسهم بصفة خاصة وعلى المجتمع واقتصاد البلاد بصفة عامة. لذا كان من الضروري عمل برنامج إرشادي وقائي لمنع انتشار هذه العادة السيئة، ويتضمن هذا البرنامج:

(أ) الوسائل الإرشادية التي يمكن من خلالها قيام المرشد الطلابي في المدارس بمكافحة عادة التدخين والتوعية بأخطاره ومساوئه بين الطلاب.

(ب) الخطوات التي يستخدمها المرشد مع الطلاب المدخنين للإقلاع عن هذه الظاهرة غير الصحية.

ويتم تطبيق هذا البرنامج بصفة مستمرة في كل عام دراسي وعلى مدار العام ضمن خطة زمنية مناسبة. ويمكننا أن نلقي الضوء على مشروع البرنامج بشيء من الاختصار فيما يلي:

قال تعالى: ﴿ وَيُحِلُّ لَهُمُ ٱلطَّيِّبَٰتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيۡهِمُ ٱلۡخَبَٰٓئِثَ ﴾، يحل لنا الإسلام الطيبات من مأكل ومشرب وغير ذلك ويحرم علينا الخبائث وكل ما فيه ضرر بالإنسان، والله جلت قدرته أعرف بمصالح عباده من أنفسهم.

والتدخين له مضار كثيرة، وقد أثار اهتمام الهيئات الصحية العالمية مثل منظمة الصحة العالمية (WHO) والكليات الملكية للأطباء في بريطانيا والهيئات الطبية في أوروبا وأمريكا ووزارات الصحة في مختلف أنحاء العالم. ذلك بعد أن ثبت بما لا يدع مجالاً للشك أن التدخين أخطر من أي وباء عالمي، وأن عدد الذين يلاقون حتفهم نتيجة للتدخين في العالم يبلغون الملايين في كل عام.

وفي ضوء هذا يحاول برنامج التوعية بمضار التدخين تحقيق الأهداف التالية:

هدف وقائي:

يحاول حماية من لم يدخن من اكتساب هذه العادة انطلاقًا من حقيقة مؤداها أن درهم وقاية خير من قنطار علاج.

هدف علاجي:

يحاول مساعدة الطلاب المدخنين على الإقلاع عن هذه العادة مع أهمية أن يقلع المديرون والمدرسون عن التدخين وأن لا يدخنوا أمام التلاميذ نظرًا لأهمية القدوة الحسنة وتأثيرها المستمر في السلوك.

ويتضمن البرنامج حقائق علمية عن التدخين نذكر منها:

- يعتبر النيكوتين من أخطر السموم التي اكتشفها الإنسان، فيكفي ميلليغرام واحد منه لقتل الإنسان إذا أخذه بالوريد.

- من الأمراض التي ثبت علميًا أنها تصيب المدخنين سرطان الرئة والحنجرة والشفة والفم والبلعوم والالتهاب الشعبي المزمن وجلطات الدم وموت الفجأة... إلخ.
- إن تدخين السجائر في العصر الحديث يسبب من الوفيات ما كانت تسببه أشد الأوبئة خطرًا في العصور السالفة.

إرشادات للإقلاع عن التدخين:

وهي مجموعة خطوات تساعد من يرغب في الإقلاع عن التدخين ثم تأتي بعد ذلك أساليب ومستويات التنفيذ للبرنامج وهي على مستويين:

أول: مستوى إدارة التعليم:

يتلخص دورها في التخطيط والمتابعة والتقويم للبرنامج والمشاركة في تنفيذ مسابقات ثقافية وندوات وملصقات والاستعانة بالوحدات الصحية المدرسية وإقامة أسبوع على مستوى المنطقة بالتعاون مع الوحدات الصحية المدرسية والمستشفيات والنوادي للتوعية بمضار التدخين والإقلاع عنه.

الثاني: على مستوى المدرسة:

ويتلخص دور المدرسة في استخدام المقابلات الإرشادية التي يقوم بها المرشد وكذا الجماعات المدرسية والمسابقات الثقافية والندوات والمحاضرات وإمكانيات المدرسة الفنية والثقافية لتوعية الطلاب بمضار التدخين ومساعدتهم للإقلاع عنه.

واستكمالاً لتحقيق أهداف الإرشاد الوقائي في مجال التدخين، قامت الإدارة العامة لتوجيه الطلاب وإرشادهم في المملكة العربية السعودية بعمل لوحات إرشادية تم توزيعها في المناطق والمدارس، توضح كل منها بالرمز والصورة جانبًا من

أضرار التدخين ومساوئه، وكذلك تم إعداد مطوية عن أخطار التدخين تشمل موضوعات مختصرة عن مضار التدخين وحقائق علمية عنه وإرشادات للإقلاع عن التدخين.

ونفّذ هذا البرنامج بجميع مدارس المملكة العربية السعودية ووزعت المطويات والملصقات على الطلاب والعاملين بها وإدارات التعليم وبعض المصالح الحكومية. وتتعاون وسائل الإعلام ووزارة الحج والأوقاف ووزارة الصحة مع وزارة المعارف في تنفيذ هذا البرنامج على مستوى المملكة.

ثانيًا: برامج خدمة اجتماعية ذات صبغة وقائية في بعض مدارس الإمارات[2]:

1- مشروع الحقيبة المدرسية:

لاحظ الأخصائيون الاجتماعيون وأطباء الصحة المدرسية بالمدارس، أن طريقة حمل الحقيبة بطريقة غير صحيحة يؤثر على قوام الطلبة، وقد يسبب تشوهات في العمود الفقري. كما لاحظوا أيضًا أن السبب في ذلك لا يعود – فقط – إلى طريقة حمل الحقيبة، بل إن ثقل وزنها يؤثر بشكل سلبي، خاصة على طلبة المرحلة التأسيسية (أول وثاني وثالث ابتدائي).

فتضافرت الجهود في عدة محاور للتعامل مع هذه المشكلة، وكان من بين تلك الجهود:

(أ) تنظيم برامج الإرشاد والتوجيه الجمعي للطلبة، لتوضيح الطريقة الصحيحة لحمل الحقيبة المدرسية، على الظهر وليس على أحد الكتفين.

(ب) نصح الطلبة وأولياء أمورهم وإرشادهم إلى عدم تحميل الحقيبة المدرسية أغراضًا لا لزوم لها تتسبب في زيادة وزن الحقيبة.

(ج) التنسيق مع إدارة المناهج والكتب المدرسية بالوزارة، من أجل إصدار الكتب المدرسية طلبة المرحلة التأسيسية، مطبوعة في جزأين، يخصص جزء للفصل الدراسي الأول، ويخصص الآخر للفصل الثاني.

(د) إقناع المعلمين بضرورة التحديد المسبق للكتب أو الدفاتر أو الأدوات المطلوب من التلميذ إحضارها للمدرسة، بدلاً من اضطراره لإحضار كل كتبه ودفاتره وأدواته تحسبًا لاحتمال طلبها من المعلم.

2- مشروع وجبة الإفطار:

شعر الكثير من التربويين (إداريون / أخصائيون اجتماعيون / معلمون)، وكذا أطباء وممرضو الصحة المدرسية، بأن بعض المظاهر الصحية السلبية، قد بدأت تنتشر بين الطلبة، منها على سبيل المثال، حالات إغماء (خاصة بين الطالبات)، حالات إعياء، حالات خمول وعدم نشاط، حالات عدم تركيز ذهني، حالات فقر دم (أنيميا)، وغير ذلك من أعراض، كان مرجعها – بعد الدراسة – إلى إهمال الطالب تناول وجبة الإفطار في منزله قبل المغادرة للمدرسة، كما أرجعت الدراسات ذلك إلى نوعية الوجبات التي يتناولها الطلبة، والتي يغلب عليها أنها مواد غير غنية من الناحية الغذائية.

فتم تنظيم برنامج إرشادي لتوجيه الطلاب والطالبات بالمدارس إلى أهمية تناول وجبة الإفطار يوميًا قبل الحضور إلى المدرسة، مع الاهتمام بنوعية الطعام الذي يتم تناوله في هذه الوجبة.

كما قامت بعض المدارس بتنظيم تناول وجبة الإفطار لطلابها في الفترة الصباحية قبل طابور الصباح. وقامت مدارس أخرى بفتح أبواب الجمعيات التعاونية بها للبيع في فترة ما قبل الطابور مما يوفر للطلبة فرصة شراء ما يلزمهم للإفطار قبل بدء اليوم الدراسي.

ونظمت عدة ندوات ومحاضرات عن ضرورة الاهتمام بالقيمة الغذائية للمأكولات والمشروبات، والتركيز على أن يتناول الطلبة ما هو مفيد من وجهة النظر الغذائية والصحية، وأسفرت تلك الندوات عن إصدار عدد من التوصيات الهامة منه ما أخذ دوره في التطبيق الفعلي، ومن ذلك: الاهتمام بتوفير الحليب في الجمعيات التعاونية بالمدارس ليكون متاحًا أمام الطلاب شراؤه وتناوله، والعمل على منع – أو التقليل من – بيع المشروبات الغازية واستبدالها بتوفير عصائر طبيعية مفيدة للطلبة، ومنع أو التقليل من بيع المأكولات التي بها ملونات ونكهات صناعية مواد حافظة، وذلك لضررها على الصحة العامة، كما كان من بين التوصيات العمل على توفير الفاكهة الطازجة من بين المواد الغذائية المعروضة للبيع للطلبة في الجمعيات التعاونية.

وكان الاهتمام بهذا المشروع ملموسًا، حتى إن بعض المدارس قد تعاقدت مع شركات متخصصة لإدارة كافتيريا داخل المدرسة لتقديم الوجبات السريعة والمطهية والساخنة للطلبة، بشكل نظيف وصحي.

3- مشروع التربية السلوكية:

لتنفيذ هذا المشروع تم عقد عدة لقاءات مع إدارات بعض المدارس التابعة لمنطقة العين التعليمية وجهاز الخدمة الاجتماعية بها وكذلك جهاز الخدمة النفسية.
واشتمل المشروع على مرحلتين أساسيتين:

الأولى: عقد ندوات ولقاءات ومحاضرات لكل من الطالبات، وأولياء الأمور، والمعلمات، كل على حده، تشتمل على: توضيح سمات المرحلة العمرية لطالبات كل مرحلة من المراحل الدراسية، وبيان أساليب التعامل مع كل فئة من هذه الفئات،

وشرح أنواع المشكلات السلوكية التي قد تصادف الطالبات في كل مرحلة عمرية، ثم مناقشة أساليب تجنب هذه المشكلات.

أما المرحلة الثانية فركزت على: التواصل الأسري، بهدف توعية أولياء الأمور بضرورة الاهتمام بالتربية السليمة الصحيحة، وأن ما يبذل من جهد اليوم سوف يكون حصاده جيدًا في المستقبل، وذلك تحت شعار "غرس الحاضر، حصاد المستقبل". وقد كان هناك تجاوب واضح من كثير من الأسر وأولياء أمور الطالبات مع هذا المشروع.

4- مشروع يوم بلا تدخين في مدينة العين:

بدأت فكرة المشروع كأحد مشروعات مجلس الطلاب بمدرسة ثانوية خالد بن الوليد بمنطقة العين التعليمية، وقد طبقت لأول مرة في العام الدراسي 1991/90، ثم استمر تطبيقها على مدار السنوات التالية، مع تطوير مستمر في شكل التطبيق سنة بعد أخرى.

ويركز المشروع على خدمة المجتمع المحلي، وذلك بتبني شعار "يوم بلا تدخين في مدينة العين"، بالتعاون بين مجلس طلاب المدرسة وجماعات الوعي الاجتماعي، والخدمة العامة، والصحافة المدرسية لها، وبين مؤسسات المجتمع المحلي مثل: إدارة المنطقة التعليمية، وإدارة الصحة المدرسية، والمستشفيات العامة بالمدينة (أقسام الصحة النفسية، والأمراض المستعصية "كالسرطان"، وإدارة الطب الوقائي، والدوائر المحلية والبلدية، ونادي العين الرياضي والثقافي، ووزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، ووزارة الإعلام "التلفزيون"، والصحف المحلية، وجامعة الإمارات، "الجمعية الطبية، و"إدارة الشرطة").

حيث يتم تحديد يوم مناسب خلال شهر مارس من كل عام، ويتم إعداد خطة إعلامية تنفذ بالتعاون بين جميع الجهات المشار إليها، على مدار أسبوع كامل، مع تكثيف الحملة الإعلامية على اليوم المحدد. وكان من بين الأساليب المستخدمة للإعلام:

1- تخصيص الحصة الأولى بجميع مدارس المنطقة في اليوم المحدد، للحديث عن أضرار التدخين.
2- استخدام الإذاعة المدرسية بجميع المدارس بالمنطقة لتوضيح خطورة ظاهرة التدخين.
3- عرض الأفلام المناسبة التي تخدم الهدف من الحملة الإعلامية.
4- تنظيم مسابقات عن أفضل البحوث والدراسات الطلابية حول الموضوع.
5- إعداد لافتات قماشية، ونشرها في جميع أنحاء المدينة.
6- طبع ملصق خاص بهذا اليوم، وتوزيعه ولصقه في جميع الأماكن العامة التي تتردد عليها السكان (الحدائق/ محطات الحافلات/ المحلات التجارية/ المراكز الصحية / المدارس...).
7- تخصيص خطبة الجمعة لتوضيح رأي الدين في ظاهرة التدخين.
8- عرض إعلان عن المشروع في التلفزيون.
9- الكتابة عن الموضوع في الصحف المحلية.

5- مشروع الاهتمام بسلامة الطلبة وتنمية البيئة المدرسية:

تم التخطيط لهذا المشروع بشكل مركزي من قبل إدارة الخدمة الاجتماعية بوزارة التربية والتعليم، ويتم تنفيذه وتطبيقه على المستوى المحلي في جميع مدارس الدولة بنين وبنات، تحت إشراف محلي من إدارة المنطقة التعليمية المختصة.

ونظرًا لأهمية هذا المشروع، وعملاً على حث المدارس على المشاركة فيه باهتمام وفعالية، فقد تم التخطيط للمشروع في صورة مسابقة في مجال النشاط الاجتماعي، بدأت أول مرة في العام الدراسي 1994/93، واستمرت بشكل سنوي، مع إدخال بعض التعديلات عليها من سنة إلى أخرى استفادة من التغذية الراجعة (Feed Back) للتطبيق في الميدان، وذلك وفقًا للتفصيل التالي:

المراحل الدراسية: (جميع المراحل الدراسية)

حيث تتسابق مدارس البنين والبنات كل على حدة في هذا المشروع.

الجهات المشاركة في المشروع:

1- وزارة التربية والتعليم ممثلة في إدارة الخدمة الاجتماعية.

2- وزارة الصحة ممثلة في الإدارة المركزية للصحة المدرسية.

3- الأمانة العامة لبلديات الدولة.

4- وزارة الداخلية ممثلة في إدارة الدفاع المدني.

5- مؤسسة الإمارات العامة للنقل والخدمات (إمرتاس).

(أ) موضوع المسابقة:

تتسابق مدارس الدولة في جميع المراحل (بنين / بنات) كل على حدة في تنظيم وتنفيذ برنامج لسلامة وتنمية البيئة المدرسية، تشارك فيه مختلف الجماعات المدرسية في إطار الجوانب التالية:

أولاً: التنمية المتوازنة لشخصية الطالب.

ثانيًا: صحة الطالب الإنسان.

ثالثًا: أمن وسلامة المجتمع المدرسي.

رابعًا: حماية البيئة من التلوث.

(ب) الشروط والإجراءات التنفيذية:

- تشارك في هذه المسابقة جميع المراحل الدراسية المختلفة في جميع المناطق والمكاتب التعليمية. وبالنسبة للمدارس المتعددة المراحل يتم تحديد مرحلة المدرسة وفقًا لرأي إدارة المدرسة.
- تشارك الجماعات المختلفة بالمدرسة في وضع وتنفيذ خطة البرامج والمشروعات المختلفة المحققة لبرنامج السلامة والتنمية، تحت إشراف الأخصائي الاجتماعي بالتنسيق مع المجالس المدرسية.
- يتولى مجلس طلاب المدرسة عملية التنسيق بين الجماعات المختلفة عند تنفيذ مشروعات وبرامج السلامة والتنمية بالمدرسة.
- يمكن تنفيذ برنامج سلامة وتنمية البيئة المدرسية من خلال المعسكرات ومشروعات الخدمة العامة وتنمية البيئة التي تقوم بها المدرسة.
- يقوم الطلاب أعضاء الجماعات المختلفة باستخدام الأساليب والوسائل المختلفة للتوعية ببرنامج سلامة وتنمية البيئة المدرسية ومنها:

الدراسات والبحوث الاجتماعية المكتبية والميدانية – الكتيبات والنشرات – الندوات – المعارض – المحاضرات – المناظرات – الزيارات الميدانية – التنسيق مع أجهزة المجتمع المحلي ومؤسساته – قوافل التوعية – الإذاعة المدرسية – الملصقات – العروض الفيلمية – لوحة إعلانات المدرسة – الصحافة ووسائل الإعلام المسموعة والمرئية... إلخ.

- من الضروري أن يتم توثيق البرامج والمشروعات ذات الصلة بموضوع المسابقة في جميع مراحلها (قبل وأثناء وبعد التنفيذ) بأساليب التوثيق المختلفة.

- يتولى قسم الأنشطة التربوية بكل منطقة تعليمية تقسيم المدارس الموجودة بالمنطقة حسب المرحلة التعليمية، وكذا وضع جدول زمني لمرور لجنة التحكيم عليها.
- يتولى قسم الأنشطة التربوية بالمنطقة تشكيل لجنة التحكيم على مستوى المنطقة برئاسة موجه الخدمة الاجتماعية بالمنطقة وعضوية مندوبين عن إدارة الصحة المدرسية والبلدية والدفاع المدني ومؤسسة الإمارات للنقل والخدمات.
- تقوم لجنة التحكيم بالمرور على المدارس ثلاث مرات على النحو التالي:

المرحلة الأولى:

مع بداية العام الدراسي لتقديم الإرشادات والتوجيهات اللازمة لإدارة المدارس وتوجيهها لاستكمال النواقص الموجودة (تتم هذه الزيارة بالتزامن مع الزيارة التوجيهية الأولى لموجه الخدمة الاجتماعية).

المرحلة الثانية:

- تتم خلال شهر نوفمبر وإعطاء تقييم رقمي لكل مدرسة.

المرحلة الثالثة:

تتم خلال شهر مارس وإعطاء تقييم رقمي لكل مدرسة.

- يتم أخذ متوسط التقييمين الرقميين واستخراج النتيجة النهائية واختيار أفضل ثلاث مدارس في كل مرحلة على مستوى المنطقة.
- بعد نهاية أعمال تحكيم المسابقة في المناطق المختلفة تقام ندوة مركزية متخصصة تحت عنوان "سلامة البيئة المدرسية بين الواقع والطموح"

يشارك فيها إلى جانب وزارة التربية والتعليم ممثلين عن وزارة الصحة (إدارة الصحة المدرسية) – الأمانة العامة لبلديات الدولة – الإدارة العامة للدفاع المدني بوزارة الداخلية – مؤسسة الإمارات العامة للنقل والخدمات (أمرتاس). وتتناول هذه الندوة الواقع الميداني للبيئة المدرسية من خلال تقارير لجان التحكيم في المناطق المختلفة ومقارنته بالطموح المرجو أن تكون عليه البيئة المدرسية في المستقبل.

(هـ) عناصر التحكيم:

أولاً: عناصر تقويم الجانب الاجتماعي: (مسؤولية توجيه الخدمة الاجتماعية).

1- مدى مشاركة ودعم المجالس المدرسية في خطوات التخطيط والتنفيذ والتقويم والمتابعة والتنسيق بين الجماعات المختلفة.
2- مدى مشاركة الجماعات المختلفة بالمدرسة في إعداد وتنفيذ خطة البرامج والمشروعات المختلفة المحققة لبرنامج سلامة وتنمية البيئة المدرسية.
3- مشروعات الخدمة العامة وتنمية البيئة والمجتمع المحلي.
4- مدى وعي الطلبة بدورهم في الإعداد والتنفيذ والمتابعة والتقويم لبرامج المسابقة وقدرتهم على التعبير عن أدوارهم المختلفة.
5- تعدد وتنوع أساليب ووسائل التوجيه الجمعي المختلفة للتوعية ببرامج سلامة وتنمية البيئة المدرسية.
6- مدى توظيف وسائل الإعلام المختلفة في نشر التوعية والإعلام عن المسابقة.
7- مدى الالتزام بتوثيق البرامج والمشروعات ذات الصلة بموضوع المسابقة في جميع مراحلها (قبل وأثناء وبعد التنفيذ) بأساليب التوثيق المختلفة.

ثانيًا: وزارة الصحة (الإدارة المركزية للصحة المدرسية):

1- التهوية والإنارة الصحية في الفصل وفي مرافق المدرسة.
2- صلاحية المقاعد وطريقة الجلوس والقراءة والكتابة صحيًا.
3- توفير مياه الشرب الصحية مع مراعاة ارتفاع صنابير المياه ليتفق مع طول التلاميذ.
4- تطبيق مدى الإبعاد الإجباري للطلاب المصابين بأمراض معدية.
5- توفر الإسعافات الأولية والأفراد المدربين بالمدرسة على استخدامها.
6- عمل فحص بكترولوجي للمياه كل شهر.
7- انتظام وجدية التسجيل بالملف الصحي والبطاقة الصحية للطالب.
8- مدى الاهتمام بصحة الفم والأسنان.
9- مدى الاهتمام بنتائج الفحص الطبي الشامل.
10- فحوص القوام للطلبة ووجود برامج خاصة بالمصابين بالانحراف الجانبي للعمود الفقري وتعليم الطلبة الجلسة الصحية السليمة.
11- فحوص الأطوال والأوزان.
12- مدى الاهتمام بصحة العيون وفحوص النظر وعمل النظارات الطبية.
13- قياس نسبة الهيموجلوبين بالدم وحالات فقر الدم ووجود برامج علاجية ووقائية.
14- مدى الاهتمام بقوة السمع وفحوصها واستخدام السماعات الطبية.
15- تنظيم حقيبة المدرسة وكيفية حملها.
16- طرق اكتشاف عيوب النطق والكلام والتعامل معها.
17- نوعية المواد الغذائية المباعة في الجمعية التعاونية ومدى توفر الشروط الصحية.

18- التغذية الصحية وآداب المائدة.

19- التطعيمات الدورية.

20- التوعية الإعلامية الصحية وبرامج التثقيف الصحي.

21- المشاركة في المناسبات الصحية المحلية والخليجية والعالمية.

22- إقامة المعارض الصحية والمشاركة فيها في المدرسة وخارجها.

23- المساهمة في حملات التوعية والقوافل الصحية ومعسكرات خدمة البيئة.

ثالثًا: الأمانة العامة للبلديات:

1- نظافة الفصول والأرضيات والمرافق المدرسية المختلفة.

2- نظافة دورات المياه.

3- نظافة الملاعب.

4- الحشرات المنتشرة كالذباب والصراصير والقمل والبعوض.

5- الفئران والقوارض المنتشرة وكيفية التغلب عليها.

6- حملات التوعية في المدرسة والمنطقة المحيطة بها.

7- الكشف على خزانات المياه ومصادر المياه بالمدرسة.

8- وجود صناديق للقمامة موزعة على المدرسة والفصول.

9- طرق التخلص من النفايات.

رابعًا: وزارة الداخلية (إدارة الدفاع المدني):

1- وجود إجراءات السلامة الخاصة بالوقاية من الحريق.

2- خلو الغرف والمخازن من المواد القابلة للاشتعال.

3- وجود مخارج ومنافذ كافية للخروج من المبنى وإمكانية إخلائه في أقل من 3 دقائق.

4- وجود وسائل إطفاء الحريق من النوع المعترف به بالعدد الكافي.

5- وجود وسائل حديثة للإنذار بالحريق وتوزيعها على مباني المدرسة.

6- مدى معرفة الطلبة بكيفية استخدام وسائل الإطفاء.

7- توفر إجراءات الأمن والسلامة بالملاعب والجمنازيوم (المعدات بحالة جيدة – معالجة الأرض بحيث لا تساعد على الانزلاق – تغطية جميع النتوءات – وجود الإشراف والتوجيه أثناء ممارسة الطلبة للنشاط – وجود تعليمات ثابتة بشأن استخدام الجمنازيوم).

8- توفر إجراءات الأمن والسلامة بالدرج والممرات.

9- توفر إجراءات الأمن والسلامة في المختبرات وغرف الاقتصاد المنزلي (وجود صيانة دورية للأجهزة والمعدات – مراعاة احتياطات الأمان أثناء العمل – توفر معدات الإسعافات الأولية – تغطية جميع وصلات الكهرباء – الكشف على سلامة التوصيلات الكهربائية – تعليمات استخدام مواقد الغاز والتعامل مع المواد الكيماوية والأحماض... إلخ).

خامسًا: مؤسسة الإمارات العامة للنقل والخدمات (أمرتاس):

1- الأخطار التي يتعرض لها الطلبة أثناء ذهابهم للمدرسة وعودتهم منها.

2- مراعاة الطلبة لآداب المرور.

3- توعية الطلبة بكيفية الصعود والهبوط من أتوبيسات المدرسة.

4- توعية راكبي الدرجات كيفية استخدامها ووجود رقابة عليهم.

5- ترشيد سائقي الأتوبيسات وإيجاد نظام رقابي عليهم.

6- تدبير مشرف مع الطلبة في الأتوبيس كلما أمكن ذلك.

7- توعية الأسر بشأن سلامة الطلبة أثناء ذهابهم للمدرسة وعودتهم منها.

8- توفر وسائل الأمن والسلامة بالأتوبيسات المدرسية.

ثالثًا: برنامج التربية الأمنية ونشر الثقافة القانونية والأمنية في الإمارات[3]:

طبقت شرطة دبي برنامج التربية الأمنية بهدف نشر الوعي الأمني والثقافة القانونية والأمنية بين طلاب المدارس عن طريق المحاضرات الأمنية والتدريب العسكري الميداني، لتحقيق الانضباط السلوكي والمعرفي للطلاب.

وبرنامج التربية الأمنية هو مشروع وطني توعوي يهدف إلى توحيد الجهود الوطنية في سبيل التنشئة المناسبة لجيل الطلاب، ويهدف البرنامج إلى تحقيق عدد من الأهداف التربوية، والأهداف الأمنية.

الأهداف الأمنية لبرنامج التربية الأمنية:

1- خلق جيل من النشء يشارك الشرطة في منع الجريمة (الأمن مسؤولية الجميع).
2- تعزيز روح الانضباط المسلكي، بفرض نوع من الضبط والربط العسكريين لدى الطلاب، (كالطاعة، واحترام أوقات الحضور والانصراف، والقدرة على التحمل).
3- رفع الحس الأمني لدى الشباب.
4- تدريب النشء على إدارة الأزمات، من خلال ورش عمل لتحقيق هذه الغاية.

ويشتمل المحتوى التدريبي على جانبين، هما: الجانب الميداني، والجانب النظري التوعوي:

1- الجانب الميداني: يشتمل على التدريب العسكري.
2- الجانب النظري التوعوي يشتمل على ما يلي:

أ- جانب تعريفي، ويتضمن تعريف الطلبة بالأخطار التي تحيط بهم وتهدد حياتهم ومستقبلهم، مثل: المخدرات، ومشكلات التدخين، إضافة إلى شرح بعض الظواهر الإجرامية، مثل: التطرف الفكري والغلو.

ب- جانب وقائي، ويشمل إرشاد الطالب إلى الوسائل التي تساعده على عدم الوقوع في الخطأ، وكيفية التغلب على ذلك مثل: عدم التأثر برفقاء السوء، وتعلم كيفية رفض المغريات، والتعامل مع المشاكل والحالات الطارئة.

ج- الجانب التقويمي، ويشمل إرشاد الطالب إلى الوسائل التي تعينه على تقويم السلوكيات الخاطئة لديه، مثل: الغضب السريع، وعدم تقبل الرأي الآخر، والتعامل السليم مع ضغوط الإعلام، والتعامل الإيجابي مع السلوكيات الصحية.

د- الجانب التحفيزي، ويقصد به تحفيز الطالب على السلوكيات الإيجابية التي تخدم بلده، مثل: الاعتداد بالنفس، ومهارات الإبداع والمبادرة الإيجابية، واتخاذ القرارات المناسبة، مع عرض نماذج مجتمعية إيجابية خدمت الدولة وأصبحت من البارزين فيها (القدوة الحسنة).

دور شرطة دبي في برنامج التربية الأمنية:

تتولى شرطة دبي ما يلي:

- إعداد المحتوى التدريبي (الجانب التدريبي)، وتشارك في إعداد الجانب النظري.
- توفير المدربين والمحاضرين في الجانبين (التدريبي والنظري)، بالإضافة إلى توليها مهمة تدريب فريق تنفيذ البرنامج.
- تجهيز الملابس والتجهيزات العسكرية للطلبة المراد تدريبهم.
- إنتاج وطباعة المحتوى التدريبي (الجانب النظري)، بالتنسيق مع منطقة دبي التعليمية.
- تسويق التجربة وتعميمها على مستوى المؤسسات ودوائر الشرطة المحلية، والإقليمية، والعالمية.

وبالنسبة لمردود برنامج التربية الأمنية، فقد بلغت نسبة الاستفادة من البرنامج التدريبي لمجموعة التلاميذ والتلميذات نحو 83% وهي تعتبر نسبة جيدة جدًا، وكانت نسبة الاستفادة للطلبة أعلى من نسبة استفادة الطالبات؛ حيث بلغت للطلبة نحو 84% بينما بلغت للطالبات نحو 80% وهي نسب تعد جيدة جدًا لكل منهم.

رابعًا: مشروع اشتراك المواطنين في الطب الوقائي في مخيمات الفلسطينيين في لبنان[4]:

إن التركيز على ممارسة الطب العلاجي فقط، خاصة في بيئة كالمخيم، هو كالعمل في دائرة مغلقة. والطبيب سيشعر بعد فترة زمنية أن عمله الأساسي ينحصر في معالجة حالات مرضية متكررة يوميًا ويومًا بعد يوم خاصة عند النساء والأطفال. وهذا يعني أن الطبيب سيجد نفسه بعد أعوام بأنه لا يزال يوزع نفس الأدوية على نفس الأمراض، وهذا أشبه بنوع من الحصار للطبيب، وعليه أن يجد المخرج لذلك. هذا المخرج لن يكون إلا إذا اقتنع الطبيب بضرورة الرجوع لتحليل الظروف والعوامل المسببة لهذه الحالات المرضية العديدة واليومية، ومن ثم محاولته التأثير على تلك الظروف بالتعاون مع الأجهزة الأخرى.

من هذه المنطلقات تقرر الآتي:

1- ضرورة ممارسة الطب الوقائي.

2- أهمية مشاركة سكان المخيم في عملية الوقاية من الأمراض ومكافحتها.

وتحددت مسؤولية الطبيب في المحور الأول، والأخصائي الاجتماعي في المحور الثاني.

وقام الأخصائي الاجتماعي بتعبئة وإشراك المواطنين في المخيم في دراسة الحاجات والمشكلات الصحية وتحديد الأولويات الصحية وانتقاء المناسب من بين مختلف البرامج المطروحة، وتبادل المعلومات مع المواطنين.

وتم تدريب مجموعة من الفتيات في المخيم حول المشاكل الصحية في المخيم، وكان ذلك على شكل محاضرات يومية. وكان هدف هذه المحاضرات هو تشكيل مجموعات مطلعة على أوضاع المخيم الصحية وقادرة على المشاركة في حملات التثقيف الصحي. ومما يدهش فعلا هو الاندفاع البالغ الذي أبدته الفتيات خلال فترة التدريب وبعدها للمشاركة في نشاطات المستوصف مثل عقد اجتماعات صحية عامة حول الأمراض الشائعة في المنازل أو في المدارس.

وأما المبادرات الأخرى، فلقد تم تحضير دراسات صحية وقائية مبسطة على شكل بيانات تم توزيعها في المستوصف والمدرسة والشارع. وتم اختيار المواضيع المطروحة حسب أولويتها الصحية في كل فترة، وضمن هذا التوجه تم تحضير ثلاثة بيانات: كيف تقي طفلك من الإسهال ومن مرض الجرب، ومن مرض شلل الأطفال؟ ولقد لاقت هذه الفكرة نجاحًا واهتمامًا جماهيريًا جيدًا.

وفي ضوء ما تم من تحسين لبيئة المخيم، وتوعية المواطنين بكيفية وقاية أنفسهم وأطفالهم من الأمراض بل ومشاركتهم في هذه العملية، كانت النتيجة نقصًا واضحًا في حالات المرضى إذا تم مقارنته بفترات سابقة.

خامسًا: مشروع الأسر المنتجة بمصر:

يعتبر مشروع الأسرة المنتجة في مصر مشروعًا اجتماعيًا وقائيًا ذا صبغة اقتصادية يهدف إلى استثمار جهود الأسرة ويوظف طاقاتها العاطلة من خلال

التعليم والتدريب لأفراد الأسرة لزيادة دخولهم والعمل على رفع المستوى المعيشي للأسرة، وقد بدأ هذا المشروع عام 1964[5].

أهداف المشروع[6]:

1- وقاية الأسرة وأفرادها من بعض المشكلات مثل: الفقر والبطالة والانحراف.
2- توفير العمل للقادرين من أفراد الأسرة ومن لا يتيسر لهم مجال الإنتاج الكامل؛ مما يؤدي إلى القضاء على البطالة من جانب وزيادة دخل الأسرة من جانب آخر.
3- تحويل الفئات المستهلكة إلى فئات منتجة واستثمار أوقات فراغها.
4- الاستفادة من الموارد البيئية وتحويلها إلى منتجات صناعية أو تجارية مربحة.
5- الحفاظ على التراث الشعبي للمنتجات المحلية.

والمشروع يركز على أعمال صغيرة للجنسين منها: أعمال إنتاجية مثل التفصيل والحياكة والتريكو والسجاد والكليم... أو أعمال تجارية أو حرف متنوعة مثل: الجلود وأعمال الكهرباء والسباكة... وذلك لتوفير مستوى معيشي اقتصادي واجتماعي ملائم للأسرة[7].

الفئات التي يخدمها المشروع[8]:

1- الأسرة محدودة الدخل.
2- الأسرة والأفراد المؤهلون مهنيًا من ذوي العاهات، والأسرة والأفراد المستفيدون من قانون الضمان الاجتماعي، وذلك لتحويل القادرين منهم إلى أفراد منتجين في المجتمع دون اعتمادهم على المعونات المالية التي تقدمها لهم الدولة.

3- خريجو المؤسسات والهيئات الخاضعة لإشراف وزارة الشؤون الاجتماعية كخريجي مراكز التدريب المهني والتكوين المهني.

4- الخارجون من السجون من ذوي السابقة الأولى ممن لا يستفيدون من قانون الضمان الاجتماعي.

5- الأسر الحرفية التي تحتاج إلى تحرر من سيطرة الوسطاء وترغب في الاشتغال لحسابها.

خدمات المشروع:

1- توفير الأدوات والخامات.

2- الإرشاد والتوجيه الفني.

3- التدريب على المشروعات.

4- التسويق للمنتجات.

ويتم تنفيذ هذا المشروع عن طريق الجمعيات الأهلية المشهرة في ظل القانون 32 لسنة 1964 بشأن الجمعيات والمؤسسات الخاصة (الأهلية) في كافة المحافظات، وتقوم الوحدات الاجتماعية التابعة لوزارة الشؤون الاجتماعية بالإشراف الفني والإداري على أنشطة هذه الجمعيات وتدعيمها ماديًا وفنيًا.

سادسًا: أندية الدفاع الاجتماعي بمصر[9]:

الدفاع الاجتماعي Social Defence حركة إصلاحية، تهدف إلى وقاية المجتمع من الانحراف وعلاج المنحرفين، مع العناية بشخص المنحرف، وحسن معاملته وإعادة تأهيله، بما يعود بالنفع عليه وعلى المجتمع، وتقع مسؤولية تحقيق ذلك على جميع الأفراد ربما فيهم المنحرفين. والأسرة والجماعات والمؤسسات الحكومية والأهلية في المجتمع، بالإضافة إلى الجهود الإقليمية والدولية.

ولقد اعتمدت وزارة الشؤون الاجتماعية بمصر في ميزانيتها لعام 1981/80 لأول مرة إنشاء أندية للدفاع الاجتماعي، وأنشأت الوزارة عددًا من هذه النوادي ثم أسندت إدارتها للجمعية المصرية العامة للدفاع الاجتماعي.

ونادي الدفاع الاجتماعي هي مؤسسة اجتماعية تعمل على أساس في مجال علاج المدمنين (المعتمدين على المخدرات والمسكرات). وتم تسميته بالنادي بدلاً من مركز العلاج، وذلك لكسر الحاجز النفسي لمخاوف المدمن للإقدام على مركز العلاج وحتى لا يتهيب المدمن من دخوله.

والنادي له دور وقائي أيضًا في مجالات التوعية والإرشاد للوقاية من الإدمان، وله دور فعال في الاكتشاف المبكر والتدخل المبكر للحالات المبتدئة.

ويقدم النادي بجانب الخدمات الوقائية والعلاجية، خدمات ثقافية ودينية وعلمية ورياضية مثل إقامة الندوات الدينية وإقامة الحفلات في المناسبات الدينية والوطنية وممارسة الأنشطة الرياضية المحببة للأعضاء...

ويتشكل فريق عمل النادي غالبًا من مدير نادٍ، وأخصائي اجتماعي، وأخصائي نفسي، وطبيب يفضل أن يكون نفسيًا، وسكرتير.

ولقد حددت اللائحة التنفيذية لنادي الدفاع الاجتماعي (القرار الوزاري رقم 59 في 1989/3/9) أمور تنظيم عمل النادي، منها على سبيل المثال موضوع العضوية وموارد النادي.

وتنقسم العضوية في النادي إلى:

(أ) عضو عامل:

وهو من يثبت إدمانه لأي نوع من أنواع المخدرات أو المسكرات أو غيرها من المواد أو أوجه السلوك الأخرى، وتقدم له كافة الخدمات والبرامج.

(ب) عضو فخري:

وهو الذي يتقدم للنادي بغرض الاستفادة من خدماته الوقائية ممن لم يثبت إدمانه لأي نوع من أنواع المخدرات أو من انتهت فترة علاجه ويرغب في الاستمرار في عضوية النادي والإسهام في خدمات النادي خشية العودة.

هذا وتتكون موارد النادي من البنود التالية:

1- رسوم اشتراكات الأعضاء ورسوم القيد.

2- الإعانات الحكومية التي تمنح للنادي.

3- الهبات والوصايا والتبرعات.

4- حصيلة جمع المال.

سابعًا: تدعيم الانتماء لدى الطفل المصري[10]:

مفهوم الانتماء:

لغويًا يشير مصطلح الانتماء Belonging إلى الإخلاص والوفاء والعهد والالتزام والارتباط والولاء.

ويمكن تعريف مصطلح الانتماء كما يلي:

1- شعور ينمو داخل الفرد بالولاء Loyalty إلى شيء هام في حياته.

2- شعور الفرد بمسئولية Responsibility تجاه شيء هام في حياته.

3- حاجة من الحاجات الاجتماعية Social Needs لدى أي إنسان.

4- الإخلاص والمحبة والاندماج الذي يبديه الفرد نحو شيء يهمه.

5- خاصية سائدة للسلوك الإنساني تجاه شيء يهم الإنسان.

هذا ويختلف الأفراد من حيث شعورهم بالانتماء والمسئولية تجاه الأشياء في حياتهم. فعلى سبيل المثال يتضح شعور الفرد بمسئولية خيال جماعته أو المدرسة التي يتعلم بها في كثير من الصور. ويتضح ذلك مثلاً في استخدامه لكلمة نحن We بدلاً من كلمة أنا I في حديثه المتعلق بنشاط الجماعة أو المدرسة أو المنظمة.

ويمكن أن نقول إن هناك كلمات مكافئة أو مرادفة Equivalent words يمكن أن تسهم في شرح مفهوم الانتماء، نذكر منها:

- الولاء Loyalty – Affiliation
- الوفاء Faithfulness
- الإخلاص Sincerity
- التفاني Devution
- التضحية Sacrifice
- الحب Love
- الالتزام Commitment – Obligation

أنواع الانتماء:

هناك عدة أنواع من الانتماءات لدى الفرد يمكن رصد أبرزها كالتالي:

1- الانتماء الشخصي: Personal Belonging

وهو انتماء الشخص لنفسه ولفكره وفلسفته في الحياة ولثقافته التي ينتمي إليها...

2- الانتماء الديني: Religion Belonging

وهو انتماء الشخص للدين الذي يعتنقه ويؤمن به. ويزداد الانتماء الديني كلما التزم الفرد وطبق قواعد ومبادئ هذا الدين بالشكل الصحيح.

3- الانتماء الاجتماعي: Social Belonging

وهو انتماء الشخص إلى الجماعات التي هو عضو بها مثل: جماعة الأسرة وجماعة الأصدقاء وجماعة الفصل وجماعة النادي وجماعة العمل وجماعة الحزب....

4- الانتماء الوطني: National Belonging

وهو انتماء الفرد إلى الوطن الذي ينتمي إليه. فكل واحد منا مواطن في بلد ما، وله جنسية هذا البلد. ويزداد الانتماء الوطني كلما كان الفرد مخلصًا لهذا الوطن وأن يكون مواطنًا صالحًا يخدم الوطن ويضحي من أجله إذا تطلب الأمر ذلك.

مؤشرات الانتماء:

هذا ويمكن تحديد عدد من المؤشرات Indicators الدالة على الانتماء والتي تساعد في تحديد درجة هذه الصفة أو الخاصية لدى الفرد وقياسها.

هذا ويمكن – كنموذج على الأنواع الأخرى – تحديد بعض مؤشرات الانتماء الاجتماعي كالتالي:

1- العضوية في الجماعة.

2- العضوية الفعالة في الجماعة.

3- الاتصال بأعضاء الجماعة.

4- التعاون مع أعضاء الجماعة.

5- احترام ثقافة الجماعة.

6- الالتزام بقواعد وأخلاقيات الجماعة.

7- احترام أعضاء الجماعة.

8- المساهمة في تحقيق أهداف الجماعة.

9- حب الجماعة.

10- الافتخار بالانتساب إلى الجماعة.

11- الاستعداد للتضحية من أجل الجماعة.

الطفل وحقه في الانتماء:

لقد أكدت جميع مواثيق الأمم المتحدة الخاصة بالطفل (مثل: إعلان جنيف لحقوق الطفل لعام 1924، وإعلان حقوق الطفل لعام 1959، واتفاقية حقوق الطفل لعام 1989....) على حقوق عديدة للطفل، منها حقه في الانتماء. فعلى سبيل المثال كل طفل له حق في الانتماء إلى اسم ووطن وجنسية ودين وأسرة.... وعلى نفس المنوال أكد قانون الطفل في مصر لعام 1996 على نفس الحقوق.

تدعيم الانتماء لدى الطفل:

كيف لنا أن ندعم الانتماء لدى الطفل؟ في هذا الشأن يمكن اقتراح التالي:

أ- **استخدام أساليب التعزيز الإيجابي:** تعتبر جميع أنواع الحوافز الإيجابية Positive Incentives هي أساليب للتعزيز الإيجابي للانتماء لدى الفرد، وبالنسبة للطفل يمكن اقتراح الحوافز الإيجابية التالية:

ومن الحوافز الإيجابية المعنوية نذكر:

1- الكلمة الطيبة.

2- كلمة شكر.

3- كلمة شكر أمام الآخرين.

4- الثناء والتقدير.

5- الافتخار.

6- الافتخار بالطفل أمام الآخرين.

7- وضع صورة الطفل في لوحة الشرف.

ومن الحوافز الإيجابية المادية نذكر:

1- إعطاء الطفل ميدالية أو كأسًا أو درعًا للتميز أو التفوق.

2- زيادة في المصروف اليومي أو الأسبوعي.

3- شراء هدية محببة للطفل.

ب- **استخدام أساليب التعزيز السلبي:** تعتبر جميع أنواع الحوافز السلبية Negative Incentives هي أساليب للتعزيز السلبي للانتماء لدى الفرد، وبالنسبة للطفل يمكن اقتراح الحوافز السلبية التالية:

ومن الحوافز السلبية المعنوية نذكر:

1- التنبيه الشفوي.

2- التنبيه الشفوي أمام الآخرين.

3- التحذير الشفوي.

4- التحذير الشفوي أمام الآخرين.

ومن الحوافز السلبية المادية نذكر:

1- الحرمان من الخروج للتنزه أو لزيارة صديق أو قريب.

2- الحرمان من هدية محببة للطفل.

3- الحرمان من مشاهدة التليفزيون لمدة معينة.

4- عدم شراء المجلة التي يحبها الطفل لمدة معينة.

5- الحرمان من اللعب على برامج الحاسب الآلي لمدة معينة.

من المسئول عن تدعيم الانتماء لدى الطفل؟

في مرحلة الطفولة يمكن تحديد الفئات التالية كجماعات مسئولة عـــن تــدعيم الانتماء لدى الطفل:

1- أولياء الأمور.
2- مشرفات دور الحضانة ورياض الأطفال.
3- المعلمون والمعلمات في المدرسة الابتدائية والإعدادية.
4- بعض وسائل الإعلام الجماهيرية مثل: أفلام الكارتون (الرسوم المتحركة) ومجلات الأطفال وبرامج الأطفال في التليفزيون والراديو...

وهذه الفئات يمكنها الاستفادة من الأساليب التالية في تدعيم الانتماء لدى الطفل:

1- النصح.
2- الإرشاد النفسي.
3- الإرشاد الاجتماعي.
4- تقديم القدوة أو النموذج.
5- الشرح والتوضيح.
6- سرد القصص والحكايات التي تدعم الانتماء.
7- استخدام استمالات الترغيب والتحبيب.
8- عدم استخدام استمالات الترهيب والتخويف.

ومن أمثلة الجهود المصرية التي تساهم في تدعيم الانتماء لدى الطفل المصري نذكر:

1- المشروع الكبير الخاص بالقراءة للجميع.
2- المشروع الكبير الذي يحمل شعار مكتبة الأسرة.

3- الأنشطة التي تقدمها قصور ثقافة الطفل التابعة لوزارة الثقافة، وخاصة قسم مسرح الطفل.

4- حرص وزارة التربية والتعليم على مراجعة المناهج الدراسية لتدعيم القيم الإيجابية لدى الأطفال والتلاميذ والطلاب ومنها قيمة الولاء والانتماء.

ثامنًا: مكاتب تسوية المنازعات الأسرية في مصر[11]:

- **قانون محكمة الأسرة:**

- تحرص الدولة على الحفاظ على الطابع الأصيل للأسرة المصرية وكفالة حماية الطفولة والأمومة وترعى النشء والشباب، ومن هذا المنطلق وبهدف تحقيق الرعاية الكاملة للأسرة جاء القانون رقم (10) لسنة 2004 بإنشاء محاكم الأسرة الذي استحدث الأخذ بنظام محاكم الأسرة والتي يقوم عليها قضاة متخصصون ومؤهلون وأخصائيون اجتماعيون ونفسيون مدربون، ونيابة متخصصة لشئون الأسرة تتولى تهيئة الدعاوى، وإدارة خاصة لتنفيذ الأحكام والقرارات الصادرة من محاكم الأسرة.

- كما استحدث القانون مرحلة للتسوية في المنازعات الأسرية تسبق مرحلة التقاضي، تتولاها مكاتب تابعة لوزارة العدل يكون اللجوء إليها بلا رسوم وهي مرحلة يبتغي منها إنهاء المنازعات الأسرية صلحًا دون اللجوء إلى مرحلة التقاضي؛ حرصًا على كيان الأسرة باعتبارها أساس المجتمع.

- وقد راعى القانون أن يكون كل ما تقدم داخل قاعات مبنى قضائي واحد في دائرة اختصاص كل محكمة جزئية، على نحو يلبي احتياجات مواطنيها ويقرب العدالة إليهم في أحوالهم الشخصية.

- **مكاتب تسوية المنازعات الأسرية:**

حرصًا على صفو الأسرة والمحافظة على الروابط الوثيقة التي تجمع أطرافها استحداث قانون إنشاء محاكم الأسرة رقم (10) لسنة 2004 مرحلة للتسوية الودية في المنازعات الأسرية تسبق مرحلة التقاضي، وتتولاها مكاتب تتبع وزارة العدل، وعهد إلى تلك المكاتب بدور بالغ الأهمية الغرض منه هو محاولة إزالة أسباب الشقاق والخلاف بين أفراد الأسرة، فإذا تعذر ذلك فقد يتيسر الاتفاق على الإجراءات التي يمكن بها لكل طرف أن يحصل على حقوقه دون السير في إجراءات التقاضي بقدر المستطاع.

في مكاتب تسوية المنازعات الأسرية يقابل المختصمون موظف قانون وخبير في شئون الأسرة ومعه أخصائي اجتماعي أو نفسي أو طبي أو ديني حسب الحالة. ويرأس المكتب متخصص مؤهل علميًا ليكون مستشارًا أو مرشدًا أسريًّا Family Counselor وهي مهنة متحضرة أصبحت تخصصًا مستقلاً يتطلب إعدادًا في قيم الأسرة والمجتمع والعلاقات الأسرية: قوامها ودعائمها وخلافاتها وكيفية التعامل معها، وأثر كل ذلك على المجتمع وعلى الأبناء والإلمام بقوانين الأسرة والطفل.

إنها مسئولية، ولا يكفي إطلاقًا أن يتولاها أي شخص أيًّا كان حتى ولو كان له إلمام بعلم الاجتماع أو بالخدمة الاجتماعية بصفة عامة أو بالقانون وحده. كما أنها تختلف عن محاولات الصلح التي يقوم بها الأهل أو الأقارب والأصدقاء والجيران. والفرق كبير بين الاثنين، فالمحاولات التي تأتي من غير المتخصصين غير مهنية لا تتصف بالموضوعية والعمق والدراية وبأسلوب التفاوض، وقل ما تؤدي إلى نتائج لها استمرارية. والأمر الآخر هو أنه إذا نجحت محاولات الأسرة والأقارب فإن الأمر لا يذهب إلى المحكمة، وبذلك يقتصر عمل مكتب الأسرة على الحالات التي فشلت فيها المحاولات من الأقارب، ويثبت الحاجة إلى نصح وإرشاد من متخصصين.

- **إرشادات للتعامل مع مكاتب تسوية المنازعات الأسرية:**

تقدم طلبات التسوية في جميع المنازعات المتعلقة بالأحوال الشخصية عدا الدعاوى التي لا يجوز فيها الصلح، والدعاوى المستعجلة ومنازعات التنفيذ والأوامر الوقتية.

- يقدم طلب التسوية إلى المكتب الكائن بمقر محكمة الأسرة المختصة على النموذج المعد لذلك بدون رسوم.

- **يجب أن يتضمن طلب التسوية البيانات الآتية:**

- اسم مقدم الطلب وسنه ومهنته وحالته الاجتماعية ومحل إقامته ووسيلة الاتصال به.
- بيان عن حالة الأسرة وأفرادها.
- أسماء كل من أطراف النزاع وبياناته الشخصية وحالته الاجتماعية ووسيلة الاتصال به.
- بيان عن طبيعة النزاع ووجهة نظر مقدم الطلب لتسويته والمستندات المؤدية لها إن وجدت.
- سوف يحدد المكتب أقرب ميعاد لحضور الأطراف، وإذا لم يحضر أحدهم منهم بغير عذر جاز اعتباره رافضًا إجراءات التسوية.
- يجب أن تنتهي التسوية خلال خمسة عشر يومًا من تاريخ تقديم الطلب، ويجوز مد هذه المدة باتفاق الطرفين.
- إذا تمت تسوية النزاع صلحًا في جميع عناصره أو بعضها، يحرر محضر بما تم الصلح فيه يوقع من أطراف النزاع.
- يعتمد محضر الصلح من رئيس المكتب ويرسل بمعرفته إلى محكمة الأسرة المختصة لتذييله بالصيغة التنفيذية، وينتهي بهذا النزاع في حدود ما تم الصلح فيه.

- إذا لم تسفر الجهود عن تسوية النزاع وديًا في جميع عناصره أو بعضها وأصر الطالب على استكمال السير فيه، تحرر هيئة المكتب محضرًا بما تم من إجراءات، ويوقع من أطراف النزاع أو الحاضرين عنهم، وترفق به تقارير الأخصائيين وتقرير رئيس المكتب، ويرسل المحضر وجميع مرفقاته إلى قلم كتاب محكمة الأسرة المختصة التي ترفع إليها الدعاوى، وذلك في موعد غايته سبعة أيام من تاريخ طلب أي من أطراف النزاع.
- الدعاوى التي ترفع ابتداء إلى محكمة الأسرة قد يقضي فيها بعدم القبول ولكن إذا ما ارتأت المحكمة أحالتها إلى مكتب تسوية المنازعات الأسرية يتبع في شأن بذل مساعي التسوية فيها الإجراءات سالفة البيان دون حاجة إلى تقديم طلب إلى المكتب من ذوي الشأن، وتعاد القضية إلى المحكمة فور الانتهاء من تلك الإجراءات.
- أية شكاوى في شأن هذه المكاتب يتم التوجه بها إلى السيد المستشار رئيس المحكمة المختص أو إلى الإدارة العامة لمكاتب تسوية المنازعات الأسرية المنشأة بمقر وزارة العدل – لاظوغلي – القاهرة.

مراجع الفصل الثاني عشر

(1) سعد مسفر العقيب: **الخدمة الاجتماعية والمدرسة، منهج وتطبيق** (الرياض: دار المريخ، 1986) ص 217-220.

(2) **المصدر:** توجيه الخدمة الاجتماعية بمنطقة العين التعليمية، 1996، مقابلات مع الأستاذ/ محمد إبراهيم الوليلي والأستاذة / ابتسام محمد عوض؛ موجهي الخدمة الاجتماعية في منطقة العين التعليمية بالإمارات العربية المتحدة.

(3) المصدر: محمد مراد عبد الله: "تجربة شرطة دبي في وقاية الشباب من المخدرات"، **مجلة الأمن**، القيادة العامة لشرطة دبي، العدد 378، دبي: يوليو 2006، ص ص 47-48.

(4) فتحية السعودي: **أحوال الفلسطينيين الصحية والاجتماعية في لبنان، دراسة ميدانية** (بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، 1979) ص ص 177-187.

(5) عبد المحيي محمود صالح: **الخدمة الاجتماعية ومجالات الممارسة المهنية** (الإسكندرية: دار الطباعة الحرة، 1994) ص 259.

(6) **انظر:** وزارة الشؤون الاجتماعية: "الأسر المنتجة"، **المؤتمر الأول لوزراء الشؤون الاجتماعية العرب**، إدارة المعلومات، العلاقات العامة، القاهرة: 1970، ص 5.

(7) أحمد محمد السنهوري: "مشروع الأسر المنتجة"، في أحمد محمد السنهوري وآخرون: **الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والطفولة** (القاهرة: دار الحكيم للطباعة والنشر، 1991) ص 179-180.

(8) الاتحاد الإقليمي للجمعيات الأهلية (الخاصة) بالقاهرة: **بحث عن مشروع الأسر المنتجة بالقاهرة وأثره في زيادة دخلها** (القاهرة: الاتحاد الإقليمي للجمعيات الأهلية، 1973) ص 8.

(9) مدحت محمد أبو النصر: **الدفاع الاجتماعي: المفهوم والمجالات والمنظمات** (أبو ظبي: مركز البحوث والدراسات الأمنية والاجتماعية، 1996) ص 1.

(10) انظر: مدحت محمد أبو النصر: **بناء وتدعيم الولاء المؤسسي لدى العاملين بالمنظمة** (القاهرة: إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، 2003).

(11) المصدر: وزارة العدل: **دليل العمل في محاكم الأسرة ومكاتب تسوية المنازعات الأسرية** (القاهرة: وزارة العدل، 2004) ص ص 4-13.

- وزارة العدل: **قانون محكمة الأسرة**، رقم (1) لسنة 2000.
- ليلى تكلا: **محاكم الأسرة** (القاهرة: المجلس الأعلى للثقافة، 2004) ص ص 36-41.

الفصل الثالث عشر: الوقاية في مهن أخرى

مقدمة.

أولاً: الطب الوقائي.

ثانيًا: الهندسة الوقائية.

ثالثًا: التربية الوقائية.

رابعًا: الإدارة الوقائية.

خامسًا: الشرطة الوقائية.

مراجع الفصل الثالث عشر.

الفصل الثالث عشر

الوقاية في مهن أخرى

مقدمة:

لقد سبقت مهن أخرى مثل الطب والهندسة والإدارة والتربية مهنة الخدمة الاجتماعية في اهتمامها بالوقاية، وتمثل ذلك في ظهور فروع لهذه المهن متخصصة في العمل الوقائي (مثل الطب الوقائي والهندسة الوقائية، والإدارة الوقائية والتربية الوقائية...).

وكما أشرنا من قبل فإن اهتمام هذه المهن بالوقاية كان من ضمن العوامل الرئيسية التي دفعت مهنة الخدمة الاجتماعية إلى الاهتمام بالمدخل الوقائي سواء على مستوى تعليم الخدمة الاجتماعية بتدريس مادة، أو مساق بعنوان: الخدمة الاجتماعية الوقائية لطلاب وطالبات الخدمة الاجتماعية، أو على مستوى الممارسة باهتمام الأخصائيين الاجتماعيين بتقديم الخدمات الوقائية والعمل في برامج ومشروعات الوقاية بصفة عامة، والوقاية الاجتماعية بصفة خاصة.

ويعرض هذا الفصل بشيء من الإيجاز فكرة عن: الطب الوقائي والهندسة الوقائية، والتربية الوقائية والإدارة الوقائية والشرطة الوقائية، كأمثلة على اهتمام المهن الأخرى بالوقاية.

أولاً: الطب الوقائي:

تعتبر مهنة الطب أول المهن التي اهتمت بموضوع الوقاية. وأصبح هناك فرع، أو تخصص في مهنة الطب يطلق عليه "الطب الوقائي" Preventive

Medicine يتم ممارسته بجوار الطب العلاجي[1]. وهناك عوامل عديدة أدت إلى ظهور الطب الوقائي منها: حدوث تغيير جذري في أهداف مهنة الطب. فبعد أن كانت الأهداف تنصب على علاج المرضى وتخفيف آلامهم وشفائهم من الأمراض، أصبحت أهداف مهنة الطب ترتكز أكثر على الوقاية من الأمراض قبل حدوثها، والعمل على عدم انتشار العدوى للمخالطين للمريض، والحفاظ على سلامة وصحة البيئة المحيطة بالإنسان[2]، وذلك من منطلق أن الوقاية خير من العلاج، وأوفر من حيث الوقت والجهد والتكاليف، بالإضافة إلى أن الوقاية من الأمراض ستقلل بلا شك من عدد المرضى، بما يخفف الأعباء العلاجية على الأطباء، وبما يجعل عدد المرضى يتناسب بشكل معقول مع عدد الأطباء المحدود نسبيًا.

أيضًا من أسباب ظهور الطب الوقائي هو تغير مفهوم الصحة Health لدى الأطباء، فبعد أن كانت تعرف الصحة بأنها مجرد الخلو من المرض، أو العجز، أصبح ينظر إليها على أنها حالة من السلامة، والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة (تعريف هيئة الصحة العالمية WHO)[3].

والطب الوقائي هو علم وفن الوقاية من الأمراض وإطالة العمر Prolonging Life وتقوية الصحة الجسمية والعقلية[4].

والطب الوقائي على المستوى الفردي يرتبط بمفهوم الصحة الشخصية، وهو في الواقع يمثل الصحة الشخصية بمكوناتها (التغذية، النظافة، والرياضة... إلخ)، مضافًا إلى ذلك استعمال المركبات الحيوية (مثل الأمصال واللقاحات) وذلك للوقاية من الأمراض وكذلك للعلاج المبكر للحالات المرضية قبل أن تحدث مضاعفات مرضية قد تترك آثارًا دائمة.

أما الطب الوقائي على مستوى المجتمع: فيشبه في مفهومه العام الطب الوقائي على المستوى الفردي، إلاَّ أنه يركز اهتمامه على المجتمع بدلاً من الفرد، ويشمل صحة المجتمع (صحة البيئة) مضافًا إليها الطب الوقائي لأفراد المجتمع وما يشمله هذا من استعمال مركبات حيوية لكل فرد في المجتمع بقصد وقاية المجتمع من الأمراض المعدية وانتشارها، أو أمراض سوء التغذية، أو غيرها[5].

ومن أهداف الطب الوقائي نذكر:

1- الوقاية من الأمراض.

2- إطالة العمر.

3- ترقية الصحة والكفاية والسلامة البدنية.

4- صحة البيئة.

5- خفض معدلات الوفيات لدى الأطفال والأمهات.

6- خفض معدلات الإعاقة لدى الأطفال[6].

ثانيًا: الهندسة الوقائية:

للهندسة الوقائية Preventive Engineering مجالات عديدة نذكر منها على سبيل المثال:

1- مراعاة الاعتبارات الاجتماعية والصحية والأمنية في هندسة المباني السكنية.

2- مراعاة الاعتبارات الاجتماعية والصحية والأمنية في هندسة مباني مؤسسات الخدمات: مثل دور رياض الأطفال والمدارس والمستشفيات.

3- مراعاة إجراءات السلامة المهنية في المصانع والشركات.

4- مراعاة السلامة المرورية في الطرق.

ونذكر على سبيل المثال بعض هذه الاعتبارات والإجراءات التي يجب مراعاتها عند تصميم وتنفيذ المباني والطرق والمصانع بما يجنبها ويجنب من يعيش فيها، أو يستخدمها مشكلات عديدة منها الاجتماعي والأمني والحريق والحوادث...

ومن الاعتبارات والإجراءات التي يجب مراعاتها بالنسبة للمباني نذكر:

1- لابد من استطلاع آراء الذين سيعيشون في المبنى.

2- لابد من استطلاع آراء السكان المحيطين بموقع البناء.

3- مراعاة الحفاظ على مفهوم الجيرة بين سكان المنطقة.

4- تجنب الكثافة السكانية الزائدة، فعلى سبيل المثال يجب أن تتناسب مساحة فناء المدرسة مع عدد التلاميذ، أو الطلاب المتوقع التحاقهم بهذه المدرسة.

5- تصميم المبنى بحيث لا يكون كئيبًا، أو باعثًا للملل.

6- الاستغناء عن كل ما ليس ضروريًا من نوافذ وأبواب.

7- ضرورة مراعاة عوامل الأمان Safety Factors عند إنشاء المباني لوقايتها من أخطار الاستخدام وعوامل التعرية الطبيعية وأخطار الهزات الأرضية...

8- ضرورة تركيب أجهزة مكافحة الحريق في أماكن معينة وسهلة وواضحة للسكان، أو مستعملي البناء.

9- أخذ المعاقين بالاعتبار من حيث تأمين وسائل الخروج والدخول لهم لضمان عدم تعرضهم للخطر.

10- ضرورة مراعاة نسب الإضاءة والتهوية الطبيعية عند تصميم المبنى.

11- تجنب الممرات الداخلية المعقدة.

12- وضع عدادات الكهرباء والماء والغاز على الجدران الخارجية لسهولة الوصول إليها.

13- سهولة الوصول لأماكن التخلص من القمامة.

14- تأمين نظام المفاتيح والأبواب والشبابيك والبلكونات.

15- توفير سلالم أو منافذ أخرى للخروج في حالات الطوارئ مثل: الحريق، أو الكوارث الطبيعية... [7].

ومن الاعتبارات والإجراءات التي يجب مراعاتها بالنسبة لتحقيق السلامة المرورية في الطرق نذكر:

1- تطبيق وسائل مضادة للحوادث Accident Countermesures اخل السيارة وعلى طريق.

2- تخطيط المرور Transport Planning والطرق.

3- تنسيق وهندسة المرور Traffic Engineering and Coordination. فعلى سبيل المثال قامت دول كثرة بإزالة المواقع الخطرة ذات نسبة الحوادث العالية من شبكات الطرق وتتبت أساليب تولي السلامة عناية كبرى عند تصميم وتخطيط شبكات الطرق الجديدة. وهذا أدى إلى تحسين السلامة المرورية بشكل كبير وفعال وإلي قلة حوادث الطريق والوقاية منها.

4- تطبيق إجراءات تقليل سرعة السيارات والمركبات الثقيلة بواسطة عدة أساليب منها: إجراءات التوعية بمخاطر السرعة والتهور في القيادة، واستخدام أجهزة الرادار واستخدام المطبات الصناعية، ورفع قيمة مخالفات المرور.

5- دراسة ومراعاة العلاقة بين استعلامات الأراضي Land Use والنقل Transport والسلامة على الطريق Roads Safety. فعلى سبيل المثال يجب الحفاظ على البيئة وحمايتها من تلوث Pollution الناتج من الطرق والسيارات والمركبات الثقيلة.

وتشمل أمور استعمالات الأراضي أيضًا جوانب أخرى مثل المداخل والمخارج من المنشآت الكبرى وذات العدد الكبير من الزوار كالأسواق

والمباني ذات الطبيعة الترفيهية والتي تنتشر بشكل ملحوظ في الوقت الحاضر. وكذلك أمور توفير مواقف السيارات واستعمالاتها بشكل يضمن انسيابية الحركة المرورية وقلة الحوادث.

6- لابد من أن تكون مخططات المرور ذات تصميم رادع بحد ذاتها Self Enforcing، فمثلاً وضع الجزر المرتفعة لتحديد مسارات السيارات وفصل المسارات المختلفة بشكل واضح[8].

ثالثًا: التربية الوقائية:

تتجه العديد من جامعات العالم اليوم إلى الاهتمام بالتربية الوقائية Preventive Education التي تستهدف تكوين المواطن المنتمي والقادر على تحمل المسئولية تجاه نفسه ومجتمعه وبيئته، وذلك من خلال تدعيم وغرس المبادئ والسلوكيات الفاضلة وتأكيدها في نفوس الأطفال، بالإضافة إلى تدريب التلاميذ والطلاب على التنبؤ بالأخطاء قبل وقوعها واكتشاف المشكلات في وقت مبكر والعمل على معالجتها قبل استفحالها.

ويوضح الدكتور سيد صبحي أسباب الاتجاه نحو التربية الوقائية فيقول: "إنه نتيجة للمعاناة التي يوجهها الإنسان المعاصر اليوم، ففي زحمة الحياة المادية فقد الإنسان عمق الإحساس بالوجود والقيم وعاش في أزمة المعطيات التكنولوجية يعاني من تجربته عن ذاته، أو ترك نفسه مهيأ للتقدم التقني الذي جعل منه ترسًا في ماكينة، لذا فقد اتجهت كليات التربية في العديد من الجامعات الأمريكية والأوروبية إلى تدريس التربية الوقائية، التي تقوم على عدة محاور من أبرزها غرس قيم الانتماء في نفوس التلاميذ، أو الطلاب وتعويدهم. على الوفاء لأسرهم، وأساتذهم ووطنهم، وعلى تحمل المسئولية تجاه وطنهم وتكوين الاتجاهات الصحيحة نحو البيئة وإكسابهم القدرة على التنبؤ بالأخطاء ومواجهة المشكلات في وقت مبكر[9].

فعلى سبيل المثال، تتجه التربية في إنكلترا نحو إعداد ما يسمونه "الجنتلمان"، وأهم صفاته الاعتداد بالنفس وتقدير الواجب داخل نطاق النظام والتمسك بالتقاليد السليمة وحب الرياضية وتجنب المشاكل[10].

هذا ويشير الدكتور رشدي أحمد طعيمة إلى دور التربية الوقائية في وقاية التلاميذ والطلاب من المشكلات مثل: الانحراف والجريمة، والإدمان، والتطرف... ويحدد دور التربية الوقائية في تنمية القيم لدى هؤلاء التلاميذ والطلاب، وإكسابهم الاتجاهات، وتحويل المعرفة من قول إلى عمل، وذلك لوقايتهم من المشكلات. وأول خطوة في عملية الوقاية هذه هي تحديد القيم والاتجاهات التي يجب إكسابها للتلاميذ والطلاب؛ مما يساعد على الوقاية من المشكلات. وذكر الدكتور رشدي مجموعة من هذه القيم والاتجاهات في مجال الوقاية من الجريمة، نقدم بعضها – على سبيل المثال – كما يلي[11]:

1- ينبغي أن تتكافأ الوسيلة شرفًا مع الغاية.

2- دفع الضرر أولى من جلب المنفعة.

3- أولوية الوقاية متلازمة مع ضرورة العلاج.

4- الانتماء مشاركة وتفان وعطاء، إنه جهد يبذل وليس ألفاظًا تردد.

5- الالتزام بالقيم مدعاة للفخر.

6- الاعتزاز بالفضيلة يستلزم الدفاع عنها.

7- القانون في موطن الاحترام والرعاية.

8- إشاعة القيم فرض عين لا فرض كفاية.

9- إنكار المنكر واجب، ومدح الرذيلة جريمة.

10- الوازع الأخلاقي هو الرقيب الكامن في الإنسان.

وفي مجال آخر من مجالات التربية الوقائية نجد الدكتور محمد جمـال الـدين يونس – في إحدى دراساته العلمية – يؤكد على أهمية توفير البيئـة الاجتماعيـة والنفسية المناسبة للتلميذ، أو للطالب والتي تتمثل في الآتي:

1- خفض التوتر والقلق.

2- احترام وتعاطف واستجابة لحاجات المتعلمين.

3- إثارة الدافعية.

4- تشجيع التعليم الذاتي والاعتماد على النفس.

5- تنمية صورة موجبة للذات.

6- وضع نظم عادلة من القواعد.

7- أهداف واضحة ومعلنة.

8- تشجيع التفاعلات الصفية السليمة.

أيضًا فإن توفير البيئة المادية المناسبة للفصل تعتبر هامة لوقايـة التلميـذ، أو الطالب من التشتت وعدم التكيز، وعدم المشاركة... فعلى سبيل المثال يجب مراعاة عدة اعتبارات نذكر منها:

1- زيادة أو نقصان درجة الحرارة عن 20 درجة مئوية يؤثران على قـدرة التحصيل الدراسي لدى الطالب.

2- سوء التهوية يؤثر على قدرة الطالب على التحصيل الدراسي.

3- تنظيم مقاعد الجلوس للطلبة يساعد على تحسين مجال الرؤيـة، وبالتـالي زيادة المشاركة من الطالب.

4- حفظ الإضاءة عند مستوى كاف للرؤية سواء لكتابـة ملخـص الـدرس، أو متابعة الأنشطة التعليمية المختلفة يعمل على زيادة التحصيل الدراسي.

5- ضرورة توفير فرص المشاركة للطالب بوسائل عديدة ومناسبة للتلاميذ، أو للطلاب.

كما أن عدم توفر ما سبق قد يؤدي إلى التوتر والقلق والتعب البدني وذلك بسبب:

1- تقليل التركيز ونقصان الانتباه واليقظة.
2- تشتيت الانتباه وفقد الاهتمام.
3- تقليل السرعة وسهولة الحركة.
4- تقليل سرعة رد الفعل والتوافق.
5- نقصان الراحة الجسمية.
6- نقصان المقاومة والإجهاد والقلق[12].

ويؤكد التقرير العالمي لرصد التعليم للجميع والمنشور عام 2007 بواسطة منظمة اليونسكو، على أهمية تمويل المراكز التعليمية المختلفة، التي تنمي الحس المعرفي عند الأطفال، وبشكل خاص القراءة والنطق السليم، ويمنح التقرير الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، أهمية كبيرة من حيث ضرورة الاهتمام بهم، والعمل على دمجهم ضمن محاولات الرعاية والتعليم المبكر.

والجدير بالذكر هنا، أن التقرير لا يتعامل مع الرعاية والتعليم في مرحلة الطفولة المبكرة بوصفها هدفاً في حد ذاته، لكنه يتعامل معها، بوصفها معبراً للمرور إلى مرحلة التعليم الابتدائي، وكلما اتسم العبور بالسلاسة والمرونة والإلمام المعرفي والتربوي، تعامل الطفل مع المرحلة الابتدائية بدرجة كبيرة من السلاسة والمقبولية والنجاح.

ويطرح التقرير في النهاية مجموعة من العوامل يرى أنها تساعد على المزيد من الاهتمام بموضوع الرعاية والتربية في مرحلة الطفولة المبكرة. وتشمل هذه

العوامل: التأييد السياسي على مستوى عال، والمشاركة الواسعة من جانب كافة الأطراف، وتعظيم الشراكة بين الحكومات والمنظمات الدولية والوكالات المانحة والمنظمات غير الحكومية، ودمج برامج الرعاية والتربية المبكرة مع الإطار التنموي العام، وبشكل خاص برامج الحد من الفقر، وأخيرًا الاستفادة من الحملات الإعلامية في لفت الانتباه نحو أهمية برامج الرعاية والتربية المبكرة.

إن مسألة الرعاية والتربية المبكرة تقتضي تعاون ومشاركة كافة فئات ومنظمات المجتمع، سواء أكانت حكومية أو غير حكومية، فلا يمكن إلقاء العبء فقط على الحكومات والهيئات الرسمية لكنه يجب أن يتعداه إلى منظمات المجتمع المدني الأخرى والهيئات الدولية المانحة، بحيث تتحول المسألة في النهاية إلى هم إنساني عام يهدف لتطوير الأطفال وتنميتهم التعليمية والمعرفية.

إن الهدف العام الذي تركز عليه هذه العوامل هو لفت الانتباه لأهمية برامج الرعاية والتربية المبكرة من ناحية، والعمل على إيجاد التمويل اللازم من كافة الجهاد الممكنة سواء أكانت حكومية أو خاصة محلية أو دولية من ناحية أخرى. وفي هذا السياق يمثل التقرير ذاته إضاءة جادة من حيث التنوير بحال الأطفال في مرحلة ما قبل التعليم الابتدائي، والتركيز على هذا القطاع المهمل الذي طالما تجاهلته البحوث والدراسات الخاصة بالتعليم في الكثير من مناطق العالم المختلفة(13).

رابعًا: الإدارة الوقائية:

مقدمة:

الإدارة Management لغويًا: من الفعل يدير Manage بمعنى يدبر ويوظف ويستخدم ويحرك ويقتصد ويوجه ويرشد ويسوس... وهذا هو معنى الإدارة، وكذلك هو إشارة إلى بعض أدوار المدير Manager، ومن أشهر تعريفات الإدارة نذكر:

1- تعريف فريدريك تايلور Fredric Taylor: الإدارة هي: أن تعرف بالضبط ماذا تريد، ثم تتأكد من أن الأفراد يؤدون ذلك بكفاءة وفعالية.

2- تعريف هنري فايول H. Fayol: الإدارة هي: عملية تنبؤ وتخطيط وتنظيم، ومن ثم القيام بالتوجيه والمراقبة.

هذا وهناك العديد من المدارس الفكرية والعلمية التي قدمت مفاهيم وتعريفات للإدارية Management. والملاحظ على هذه التعريفات، أنها تتفق مع بعضها في بعض الجوانب وتختلف كذلك في جوانب أخرى، وحتى يمكننا الإلمام بمعنى الإدارة فإننا سنقوم باستعراض بعض تعريفاتها الشائعة كالتالي:

1- الإدارة هي وظيفة تنفيذ الأشياء عن طريق الآخرين.

2- الإدارة علم وفن إدارة الموارد لتحقيق الأهداف المطلوبة.

3- الإدارة هي نوع من الجهد البشري المتعاون الذي يتميز بدرجة عالية من الرشد.

4- الإدارة هي توفير نوع من التعاون والتنسيق بين الجهود البشرية من أجل تحقيق هدف معين.

5- الإدارة هي فن الحصول على أقصى النتائج بأقل جهد؛ حتى يمكن تحقيق رواج وسعادة لكل من صاحب العمل والعاملين مع تقديم أفضل خدمة ممكنة للمجتمع.

6- الإدارة عملية اجتماعية مستمرة تعمل على الاستفادة المثلى من الموارد المتاحة والممكنة عن طريق التخطيط والتنظيم والقيادة والرقابة؛ للوصول إلى هدف محدد.

7- الإدارة عملية تحديد وتحقيق الأهداف من خلال ممارسة أربع وظائف إدارية أساسية هي: "التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة".

8- الإدارة هي عملية صنع القرارات بصورة رشيدة؛ لإنجاز الأهداف المطلوبة في الإطار الزمني الموضوع لها.

9- الإدارة هي عملية تحقيق المنظمة للأهداف المخطط لها؛ وذلك بأقل قدر ممكن من الموارد المتاحة، وفي الإطار الزمني المحدد لها.

10- الإدارة هي تخطيط وتنظيم وتوجيه ورقابة الموارد البشرية والموارد الأخرى بالمنظمة؛ لتحقيق أهدافها بكفاءة وفعالية.

11- الإدارة هي عملية ذهنية وسلوكية تسعى إلى الاستخدام الأمثل للموارد البشرية والمالية والمادية؛ لبلوغ أهداف المنظمة والعاملين بها بأقل تكلفة وأعلى جودة.

12- الإدارة هي إدارة الموارد البشرية بكفاءة وفعالية.

وفي ضوء التعريفات السابقة يمكن أن نعرف الإدارة بأنها: مهنة وعلم وفن وعملية لتحقيق التعاون والتنسيق بين الموارد البشرية والمالية والمادية – المتاحة والممكنة – لإنجاز الأهداف المخطط لها بصورة رشيدة.

هذا، ويرى البعض أن كلمة إدارة هي ترجمة لكلمة Management ويرى آخرون أنها مرادفة لكلمة Administration. وهناك محاولات كثيرة للتفريق بينهما. فهناك من يرى أن الكلمة الأخيرة تشير إلى مهام الإدارة في المستويات العليا لكل عمل المنظمة، بينما تعبر الكلمة الأولى عن مهام الإدارة في مستويات التنفيذ والعمل الجاري اليومي وهذا هو المفهوم الأمريكي التقليدي.

أما المفهوم البريطاني هو – بشكل عام – يرى العكس، وهناك ما يميز بين الكلمتين على أساس أن كلمة Administration تطلق على المجال الحكومي أو المنظمات التي لا يحركها دافع الربح، بينما تختص كلمة Management بمشاريع الأعمال.

هذا وتهدف الإدارة العلاجية Therapeutic Management إلى مواجهة مشكلات المنظمات بعد حدوثها، بينما تهدف الإدارة الوقائية Preventive Management إلى وقاية المنظمات من هذه المشكلات من خلال منع ظهورها أو تجنب حدوثها.

والإدارة الوقائية لا تمثل رد فعل للمشكلات – كما في حالة الإدارة العلاجية – وإنما هي تبدأ قبل حدوث المشكلات وتتحرك للوقاية منها.

وفيما يلي بعض محاور وتكنيكات ممارسة الإدارة الوقائية[14]:

الممارسات الناجحة في إدارة الموارد البشرية كمدخل لممارسة الإدارة الوقائية:

في كتابه عن "الموارد البشرية كقوة تنافسية" Copetitive Advantage Through People والمنشور عام 1994م، قدم لنا جفري فيفر Jeffrey Pfeffer عددًا من الممارسات الناجحة في إدارة الموارد البشرية يمكن عرضها كالتالي[15]:

1- الأمان الوظيفي:

تقوم سياسة شركة لنكلن للأدوات الكهربية الناجحة على الحفاظ على عمالتها في الأوقات العصيبة، وهي تضمن للعاملين الذين أمضوا ثلاث سنوات أو أكثر الاستمرار في العمل بشرط أن تبقى إنتاجيتهم مرتفعة؛ حيث إن الإدارة هي المسئولة عن توفير قدر كاف من العمل، ولأن الخوف من فقدان الوظيفة هو أسوأ أنواع التحفيز؛ لأن العالم الذي يعمل تحت تهديد فقد الوظيفة يؤخر العمل أطول فترة ممكنة حفاظًا على وظيفته، كما أن التحرر من هذا الخوف يطلق قدراته الكاملة.

2- الاختيار الجيد:

قبل توفير الأمان الوظيفي للعاملين يجب أن نحسن اختيارهم؛ حيث إن الإجراءات المصاحبة للاختيار تضفي جوًّا من الاحترام والثقة بالمنظمة، فيشعر العامل بأن نجاحه في الالتحاق بالعمل بها يعتبر شرفًا كبيرًا صعب المنال.

3- الأجور المرتفعة:

في سوق العمل كما في أي سوق آخر، فإنك تأخذ بقدر ما تعطي، فإذا أردت أن تحصل على موظفين على مستوى عال وأن تحافظ عليهم، عليك أن تكافئهم بما يستحقون، فالأجور العالية تجذب عددًا أكبر من العاملين وتعطي المنظمة مجالاً أوسع للاختيار، وعلى عكس ما يظن الكثيرون، فإن الأجور المنخفضة ترفع التكاليف ولا تخفضها.

4- الحوافز:

يجب أن نقر بحق العاملين في جزء من العائد الذي يساهمون في تحقيقه لمنظمتهم، وإلا فإنهم سوف يحبطون وتقل إنتاجيتهم. لذا يجب أن تعبر الحوافز عن مدى مساهمتهم في تحقيق عائد للمنظمة، علمًا بأن الحوافز الفردية قد تثمر في المدى القصير، لكن لها آثارًا سلبية على روح الفريق وتؤدي إلى التنافس وعدم التعاون، لذا يفضل أن تقوم الحوافز على أساس أداء الفريق لا على أسس فردية.

5- تملك العاملين للأسهم:

تملك العاملين لجزء من الأسهم يحقق المزايا التالية:

أ- يقلل من الصراع التقليدي بين العمالة ورأس المال.

ب- يحمي الشركة على المدى الطويل من محاولة المنافسين الاستيلاء عليها بشراء أسهمها المتداولة.

ج- يتحول شعور العاملين من أجراء إلى مُلاك.

6- حق المشاركة في المعلومات:

المشاركة في الأرباح تتطلب المشاركة في المعلومات أيضًا، فالمعلومات المتعلقة بالتكلفة والعائد تمكن العاملين من معرفة أهدافهم وتحسين أدائهم، ويخشى كثير من المديرين فقدان نفوذهم إذا شاركهم العاملون في المعلومات، رغم أن مشاركة الجميع تعني مسئولية الجميع.

7- المشاركة في اتخاذ القرارات:

اللامركزية والمشاركة في اتخاذ القرارات هي الطريق الصحيح للنجاح والتميز. ولقد وجد أن الشركات الناجحة تعتبر العامل مديرًا في موقعه، وتمكنه من اتخاذ ما يراه مناسبًا من قرارات في مواجهة ما يتعرض له من مواقف، كما أن المشاركة تزيد الرضا الوظيفي والإنتاجية. وقد ثبت أن استقلالية الوظيفة هي من أكثر الأبعاد أهمية، لذا يجب التركيز عليها عند إعادة توصيف الوظائف بدلاً من الاهتمام بالهيكل والتنسيق فقط، كما كان الحال في السابق.

8- فرق العمل وإعادة التخطيط:

يخدم الهيكل التنظيمي التقليدي وظيفتين أساسيتين: الرقابة لضمان حسن سير العمل، والتأكد من اضطلاع كل بمسئوليته، والتنسيق بين المهام المختلفة. إلا أن فرق العمل تحقق وظيفتي الرقابة والتنسيق وتوفر ميزة الاستقلالية المطلوبة في الوقت نفسه. ولأن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه، فهو يفضل العمل داخل مجموعات، هذا بالإضافة إلى أن فريق العمل يحدد شكل ونوع العمل المقبول؛ مما يؤثر إيجابيًا على إنتاجية الفرد داخل المجموعة.

9- التدريب وتنمية المهارات:

تحتاج فرق العمل إلى مهارات خاصة لأداء عملها، ويتطلب تحقيق هذا الهدف التزامًا بالتدريب وتنمية المهارات، ولن يحقق التدريب النتيجة المرجوة منه إلا إذا أتيحت الفرصة للعاملين لاستخدام ما تعلموه من مهارات في بيئة عملهم، ومن الأخطاء الشائعة قيام كثير من المنظمات بتدريب العاملين بدون تغيير في بيئة العمل، فلا تتاح لهم الفرصة لتطبيق ما تعلموه، ومن ثم يصبح التدريب غير ذي جدوى.

10- تنوع المهام وتنوع التدريب:

قيام العاملين بأعمال متنوعة له العديد من المزايا؛ فالتنوع يجعل العمل أكثر إثارة وأقل رتابة، وقيام العاملين بأكثر من عمل يبسط خطواته ويجعل تعلمه سهلاً، كما أن العاملين المتنقلين من عمل إلى آخر يقدمون اقتراحات لتحسين العمل قد لا يراها العاملون المنغمسون فيه، ويعتبر التنوع عاملاً مكملاً للأمان الوظيفي؛ لأنه من السهل الاحتفاظ بالعاملين متعددي المهارات؛ إذ يمكن استخدامهم في أكثر من مكان عند الضرورة.

11- التحول من التفضيل إلى المساواة:

تعتبر الرموز التي تفاضل بين العاملين من العوائق الصعبة التي تعيق تطبيق اللامركزية وتحقيق كفاءة فريق العمل والحصول من العاملين على الالتزام والتعاون المطلوبين. وقد نجحت شركات كثيرة في التخلص من رموز التفرقة وذلك من خلال – على سبيل المثال – إلغاء الأماكن الخاصة لوقوف سيارات المديرين، وتوحيد الزي، وإلغاء الأماكن الخاصة لوقوف سيارات المديرين، وتوحيد الزي، وإلغاء أماكن تناول الطعام الخاصة بالإدارة العليا... وقد أشعرت هذه المساواة الجميع بأنهم فريق أو أسرة واحدة تعمل لتحقيق هدف مشترك.

12- التقليل من فوارق الأجور:

كما أن وحدة المصير تقوي روح الفريق، فإن تقليل الفوارق في الأجور يقوي الشعور بوحدة المصير والهدف. هذا التقليل يجعل الجميع يركزون على العمل المنتج فلا يضيع الوقت في مداهنة المدير للحصول على مكاسب شخصية، وبمرور الوقت يسود المنظمة جو من التفاهم والثقة يؤدي إلى تقليل الاهتمام بالأجور والحوافز والتركيز على العمل. ويبدأ العاملون بالإنجاز مدفوعين ذاتيًا ودون رقابة صارمة، علمًا بأن الحافز الداخلي أقوى وأبعد أثرًا من الحافز المادي الذي يزول بسرعة.

13- الترقية من الداخل:

الترقية من الداخل تشجع على التدريب وتنمية مهارات العاملين وتنفي الحاجة للاستعانة بأفراد من الخارج، لذا فهي تزيد ترابط العاملين لتحسين أدائهم وتغرس فيهم الإحساس بالعدالة، كما تساعد المنظمة على الاحتفاظ بخبراتها.

14- الرؤية طويلة المدى:

يحتاج تحقيق الميزة التنافسية من خلال العاملين إلى وقت وجهد كبيرين، لذا فهي تحتاج إلى رؤية ثاقبة، فالاستثمار في الجانب البشري يتطلب وقتًا على عكس الاستثمار في الجوانب الأخرى كالتكنولوجيا مثلاً، وبالرغم من أن تنمية الموارد البشرية تحتاج إلى وقت طويل، إلا أن ثمارها تستمر في النضج والعطاء أيضًا لفترات طويلة.

15- قياس الأداء:

يعتبر قياس الأداء من أهم العمليات الإدارية؛ فهو يمد المنظمة بالإفادة المرتدة اللازمة لمعرفة مستوى أدائها بالنسبة للسياسات التي تنتهجها، فإذا أخذنا سياسة

الترقية من الداخل، فإن قياس ما تحقق فيها يعطينا إفادة مرتدة عن مدى تحقيق المنظمة لهذا الهدف، حتى يكون تصحيح المسار بسرعة إذا كان هناك انحراف، كما أن العاملين يحاولون دائمًا الإجادة في الأنشطة التي يتم قياسها.

تحسين مناخ وظروف بيئة العمل:

مقدمة:

من مداخل ممارسة الإدارة الوقائية بأي منظمة تحسين مناخ وظروف بيئة العمل، ومن محاور ذلك[16]:

أولاً: تلطيف جو العمل أو الإنتاج.

ثانيًا: تحسين ظروف العمل.

ويهتم الفصل الحالي بإلقاء الضوء على هذين المحورين مع توضيح أساليب ذلك.

أولاً: تلطيف جو العمل أو الإنتاج:

لقد كان من نتيجة المبالغة الشديدة في تقسيم العمل وفي التخصص الذي دعت إليه حركة الإدارة العلمية للأعمال أن تميز العمل بالروتينية والتكرار، وبأنه لا يتيح فرصة للابتكار والتجديد.

ونتج عن ذلك الشعور بالرتابة والملل وبعدم الأهمية والاستياء من العمل. وانعكست آثار ذلك في بعض الظواهر السلبية مثل: ضعف الإنتاجية، وعدم القدرة على التجديد والتطوير، وارتفاع معدلات حوادث وإصابات العمل، وارتفاع معدلات الغياب، وارتفاع معدلات دوران العمل، والاعتزال المبكر من الخدمة... ومن هنا كانت الدعوة في السنوات الأخيرة لإعادة تصميم العمل وتلطيف جو العمل أو الإنتاج ليصبح أكثر قبولاً لدى العاملين وتعزيز دوافعهم للعمل وللحد من الظواهر السلبية السابق ذكرها.

من وسائل ذلك نذكر:

1- **التناوب في العمل:**

من أساليب إعادة تصميم العمل وتلطيف جو العمل أو الإنتاج ما يسمى: التناوب في العمل، ويقصد به أن العامل الموظف الواحد لا يظل يعمل نفس العمل طوال اليوم، وإنما يقوم بالتناوب مع زملائه بعدة أجزاء من العمل على التوالي.

مما يقلل من الرتابة والتعب الجسمي لقيامه بنفس العمل طوال اليوم. وهذا الأسلوب لا يحتاج تطبيقه إلى اكتساب العامل / الموظف لمهارات جديدة، كما لا يطلب منه تحمل مسئوليات أعلى جديدة.

2- **توسيع مجال العمل:**

من أساليب إعادة تصميم العمل وتلطيف جو العمل أو الإنتاج ما يسمى: توسيع العمل أو الوظيفة Job Enlargement، بمعنى جعل العمل أو الوظيفة تتضمن مجموعة متنوعة من الواجبات أو المهام من نفس المستوى بدلاً من القيام بمجرد جزء بسيط من العملية طول الوقت.

3- **إثراء العمل (الإثراء الوظيفي):**

من أساليب إعادة تصميم العمل وتلطيف جو العمل أو الإنتاج ما يسمى: إثراء العمل أو الإثراء الوظيفي Job Enlargement، بمعنى إعطاء العامل / الموظف درجة كبيرة من الرقابة على عمله بداية من التخطيط والتنظيم حتى التنفيذ وتقييم النتائج. كذلك فإن الإثراء الوظيفي يشير إلى التوسع في تفويض السلطة بحيث يتيح للعاملين تنفيذ الأعمال المطلوبة منهم فرص حقيقة لاتخاذ معظم القرارات المتعلقة بالعمل دون الرجوع لرؤسائهم المباشرين.

ويتطلب تطبيق هذا الأسلوب من العامل / الموظف مهارات إضافية ويلقي عليه المزيد من المسئولية؛ مما يتطلب معه توفير برامج التدريب المناسبة لهم.

كذلك فإن هذا الأسلوب يجدد قدرات العاملين ويطـور مهـاراتهم لمقابلـة الأعباء والمسئوليات المطلوبة منهم، ويتيح لهم ممارسة الإبداع والابتكار...

ويترتب على ذلك شعور العامل / الموظف بأهميته وقيمة دوره في المنظمة التي يعمل بها...

إن نجاح تطبيق هذا الأسلوب يتوقف علـى: درجـات طمـوح العـاملين وقدراتهم الابتكارية، إلى جانب استعدادهم للعطاء، وحرصهم على نجـاح العمل ورقي مستوياته، وإلي توفر برامج التدريب المطلوبة....

إلا أن تطبيق هذا الأسلوب ليس بالعملية السهلة فقد يكون غير مقبول مـن جانب بعض العاملين بسبب اعتيادهم على القيام بالعمل بطريقة معينة وعدم رغبتهم في التغيير، بالإضافة إلى أن الأفراد الذين ينخفض لـديهم دافـع الإنجاز لا يستطيعون التوافق مع هذا الأسلوب.

ثانيًا: تحسين ظروف العمل

تتكون ظروف العمل من:

1- المكان الذي يعمل فيه العامل / الموظف.

2- طريقة تصميم وترتيب مكان العمل.

3- المعدات المستخدمة في العمل.

4- الإضاءة.

5- التهوية.

6- التكييف والتدفئة.

7- الأثاث الموجود في مكان العمل.

8- وسائل الخدمة والترفيه كدورات المياه والمقصف والمطعم وحجرات الراحة والمكتبة وصالات الرياضة...

وتشكل ظروف العمل المناسبة حافزًا يشجع العاملين على مزيد من العمل والإنتاجية وتقليل إصابة وحوادث العمل...

ولقد أنشأت كثير من المنظمات أقسامًا وإدارات للأمن وسلامة العاملين للاهتمام بتحسين ظروف العمل، وتوفير الأمن والسلامة في بيئة العمل.

إن ظروف العمل غير الآمنة هي أحد الأسباب الرئيسية للحوادث، وتشمل عوامل مثل:

1- الآلات غير المحصنة جيدًا.

2- الآلات التي بها عيوب.

3- الممرات الضيقة.

4- المخارج الضيقة.

5- عدم وجود علاقات إرشادية.

6- التهوية السيئة.

7- الإضاءة الزائدة أو غير الكافية.

8- درجة حرارة غير مناسبة (أقل من اللازم أو أكثر من اللازم).

9- التخزين الخطر مثل الازدحام والتكدس.

10- التحميل الزائد على شبكة الكهرباء.

11- عدم توفر أدوات إطفاء الحرائق أو قلتها أو انتهاء صلاحيتها أو عدم مناسبتها لطبيعة الحرائق الممكنة.

وإذا كانت ظروف العمل غير الآمنة هي السبب الأول الرئيسي للحوادث، فإن التصرفات غير الآمنة من جانب العاملين هي السبب الثاني الرئيسي للحوادث.

ومن أمثلة التصرفات غير الآمنة من جانب العاملين نذكر:

1- عدم الانتباه.

2- شرود الذهن.

3- قلة المهارة لدى العاملين.

4- ضعف الوعي لدى العاملين بإجراءات الأمن والسلامة.

5- عدم اتباع العاملين لإجراءات الأمن والسلامة.

6- عدم استعمال واستخدام الملابس والأدوات التي تقي من الحوادث.

7- عدم القيام بالصيانة الدورية الوقائية.

8- اللامبالاة.

9- سوء استخدام أدوات العمل.

10- إلقاء الأدوات والمواد في الطرقات.

11- التشاجر.

12- الإضراب.

13- إدمان بعض العاملين للكحوليات أو للمخدرات.

وللوقاية من حوادث العمل وتحقيق الأمن والسلامة في بيئة العمل يمكن اقتراح القيام بالآتي:

1- الحد من ظروف العمل غير الآمنة من خلال تجنب العوامل السابق الإشارة إليها.

2- خفض الأعمال غير الآمنة من جانب العاملين من خلال عدة أساليب أهمها: التوعية والإرشاد والتدريب والتحفيز بل والعقاب لمن لا يتبع قواعد وإرشادات الأمن والسلامة.

خامسًا: الشرطة الوقائية:

مقدمة:

الشرطة هيئة مدنية نظامية غير عسكرية، تهدف إلى إنفاذ القوانين Law Enforcement التي تسنها الحكومة، وتحقيق الأمن Security والنظام Desciplinary في المجتمع وإشاعة الشعور بالأمان في نفوس الناس.

ويفضل علماء علم الاجتماع الخدمة الاجتماعية استخدام مصطلح النسق الشرطي Police System بدلا من لفظ الشرطة أو جهاز الشرطة أو البوليس أو الداخلية، وذلك لتأكيد التكامل الوظيفي والتساند البنائي بين الشرطة كنسق والأنساق المجتمعة الأخرى في المجتمع (مثل: النسق العائلي، النسق التعليمي، والنسق الاقتصادي، والنسق الصحي، والنسق الديني..)، والتأثيرات المتبادلة فيما بينهم.

والشرطة قديمًا هدفت إلى حفظ الأمن والنظام في الدولة، ثم أضيفت لها وظائف أخرى مثل: ضبط المكاييل والموازين والمقاييس ومراقبة الأسواق ثم بدأت الشرطة تلعب دورًا وقائيًا تمثل في وقاية الناس من الاستغلال والمجاعة الطاعون. وتشبه هذه الاختصاصات ما كان للمحتسب في المجتمع الإسلامي في عصوره الزاهرة.

وفي الوقت الحاضر لم تعد الشرطة مكتفية بأنشطتها التقليدية في المحافظة على الأمن والنظام والتعامل مع الخارجين على القانون، بل أصبح للشرطة وظائف أخرى غير الوظيفة الأمنية هي الوظيفة الإدارية والوظيفة التشريعية والوظيفة الاجتماعية.

ولم تعرف الوظيفة الاجتماعية للشرطة إلا منذ وقت قريب، فأصبحت تقدم خدمات اجتماعية لفئات عديدة في المجتمع: مثل: الشباب المرأة والمعاقين والتلاميذ والأحداث.

كذلك اتسع نطاق اختصاص الشرطة ليشمل كثيرًا من الميادين التربوية والسياحية والإعلامية والاقتصادية ..، وهي ميادين لم تكن مألوفة للشرطة في القرن التاسع عشر وأوائل القرن العشرين.

وهكذا تشعبت أعمال الشرطة في الوقت الحاضر لدرجة كبيرة، بحيث أضحت تمس أمورًا كثيرة تتعلق بالحياة اليومية للمواطنين(17).

هذا وتهدف الشرطة العلاجية Therapeutic Police إلى علاج مشكلات الجناح والانحراف والجريمة بعد وقوعها، بينما تهدف الشرطة الوقائية Preventive Police إلى وقاية المجتمع من هذه المشكلات من خلال منع ظهورها أو تجنب حدوثها والتحرك الاستباقي لوأد مثل هذه المشكلات في مهدها...

بمعنى أن الشرطة الوقائية تحاول رصد وتحليل للظروف المؤدية والمساعدة والمهيأة لارتقاب الجريمة، وذلك لمنع هذه الظروف أو تقليلها قدر الإمكان هذا وتتدخل الشرطة الوقائية في سير الجريمة في أطوارها الأولى، فتحول بذلك دون وقوعها، الأمر الذي يؤدي إلى حماية المجتمع من أخطارها وشرورها، وحماية مسيرته من تعدياتها وأضرارها.

ومن أهم وسائل تحقيق الشرطة الوقائية لأهدافها هي توطيد الصلة مع المجتمع لكسب تعاونه.. ولهذا كونت كثير من أجهزة الشرطة في بلاد عديدة إدارة للشرطة المجتمعية Community Policing وإدارات لرعاية حقوق الإنسان ومراكز الدعم الاجتماعي...

والآتي إشارة لبعض الأمثلة الناجحة في ممارسة الشرطة الوقائية:

أولاً: الشرطة المجتمعية:

ظهر مصطلح الشرطة المجتمعية أو شرطة المجتمع في الأدبيات الشرطية كمفهوم حديث في الثمانينيات من القرن العشرين.

ومن التعريفات القليلة المتاحة عن هذا المصطلح نذكر:

1- الشرطة المجتمعية هي فلسفة وإستراتيجية تنظيمية تدفع إلى مشاركة جديرة وجديدة بين أعضاء المجتمع والأجهزة الأمنية. وتقوم الشرطة المجتمعية على حقيقة هي أن الأمن مسئولية مشتركة وواجب كل من الشرطة والمجتمع، وأهمية العمل معًا للتعرف على المشكلات الراهنة والعمل على معالجتها؛ بهدف تحسين ظروف الحياة والمجتمع[18].

2- الشرطة المجتمعية هي عملية تهدف إلى إشراك المجتمع في العمل الشرطي في منع الجريمة Crime Prevention في إطار معين[19].

3- الشرطة المجتمعية هي أنموذجًا علميًا مبنيًا على أساس الشراكة والتفاعل بين الشرطة والمجتمع، يهدف إلى تحقيق أهداف تتصل بتحسين نوعية الحياة، وتحقيق الضبط الاجتماعي، ومنع الجريمة والخوف منها[20].

إن نظام الشرطة المجتمعية يعد انتصارًا جديدًا لقضية مشاركة المواطنين في منع ومكافحة الجريمة، إضافة إلى أن شرطة المجتمع تمثل انقلابًا على النظام التقليدي للشرطة في أداء عملها من حيث تخليها عن تنفيذ القانون عند ارتكاب مخالفة ولو إلى حد معين، وأيضًا دخولها في مجالات اجتماعية جديدة عليها لم تألفها من قبل، كذلك الاختلاف في التنظيم الإداري لعمل الشرطة حيث إن حلقة الاتصالات في الشرطة التقليدية منظمة من أعلى إلى ما دون[21].

إن فلسفة الشرطة المجتمعية تنطلق من تطور الوظيفة الأمنية وتنوع أعمال ومسئوليات الشرطة؛ حيث أصبحت تتجاوز الوظائف التقليدية الممثلة في الوظيفة الإدارية والوظيفة الضبطية إلى وظيفة أخرى تعرف بالوظيفة الاجتماعية.

كذلك تؤمن الشرطة المجتمعية بمدخل الشرطة الوقائية وذلك – كما سبق ذكره – منع حدوث الجريمة والوقاية منها، من خلال إشراك المواطنين ومنظمات المجتمع المدني في هذه العملية، بواسطة – على سبيل المثال –

الإبلاغ والإرشاد، وتقديم المعلومات، وتقديم الشهادة، والتعاون مع الشرطة، وإنارة الشوارع، والتوعية الأمنية لسكان المجتمع، والاشتراك في المراقبة الأمنية....

هذا ويحرص العاملين في إدارات الشرطة المجتمعية على مشاركة المواطنين في أفراحهم واحتفالاتهم وبرامجهم وأنشطتهم المتعددة والتلاقي مع الطلاب في المدارس وأثناء العطلة الصيفية والقيام بالزيارات المتواصلة للأهالي في منازلهم وتنظيم الندوات والمعارض والدورات التدريبية ... كل ذلك بلا شك سوف يحقق الاندماج الإيجابي المستمر بين الشرطة وكافة قطاعات المجتمع المختلفة، ويساهم في تقديم صورة جيدة عن رجل الشرطة بعيدًا عن نوعية العمل الشرطي المعتاد المتصف بالحزم والتشدد.

ثانيًا: إدارة رعاية حقوق الإنسان لشرطة دبي[22]:

برزت فكرة إنشاء قسم رعاية حقوق الإنسان في شرطة دبي أثناء حضور قائد عام شرطة دبي، مؤتمر منع الجريمة في الفترة من 4/29 وحتى 1995/5/8م في جمهورية مصر العربية؛ حيث أثير نقاش حول الانتهاكات التي تمارسها بعض أنظمة الشرطة، والتي تمس حريات وحقوق الأفراد المقيمين في تلك الدول.

ولكي تعلو كلمة الحق والقانون، وتحقيقًا لمبدأ العدالة بمفهومها الشامل أصدر القائد العام لشرطة دبي أمرًا بتاريخ 1995/9/13م يقضي بإنشاء قسم لرعاية حقوق الإنسان، بشرطة دبي وأسند مهام عمله إلى ضابط من ذوي الكفاءة والخبرة القانونية، والاجتماعية والتعليم العالي.

ومع زيادة عدد الطلبات وتنوعها أصبحت الحاجة ملحة لتوسعة نشاط هذا القسم ليستطيع تغطية الطلبات المقدمة؛ حيث ذاع صيته وإنجازاته وتكاثرت مهامه الإنسانية المقدمة للجميع.

بناء عليه، وبتاريخ 1998/6/11م جاءت الأوامر بتحويل قسم رعاية حقوق الإنسان إلى إدارة ترعى هذه الحقوق تحت مسمى إدارة رعاية حقوق الإنسان، ووفرت فيها كل المتطلبات التي تمكنها من القيام بمهامها الإنسانية النبيلة المنوطة بها.

أهداف الإدارة:

تمارس إدارة رعاية حقوق الإنسان أعمالها وأنشطتها بناء على القواعد الدستورية والقوانين الاتحادية والمحلية المنصوص عليها في ما له صلة بحقوق الإنسان لإيجاد الحلول المناسبة للمشاكل القانونية والاجتماعية قبل تفاقمها ووصولها إلى المحاكم.

والأمن الحقيقي الدائم يرتكز على احترام الإنسان وحقوقه وحرياته المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية من قبل المؤسسات المعنية بذلك، فالخدمات للجميع والناس سواسية أمام القانون، ومن خلال ذلك تسعى الإدارة لتحقيق أهدافها الوقائية والإنسانية والاجتماعية، وذلك كما يلي:

أولاً: الهدف الوقائي:

تسعى الإدارة لوقاية الإنسان من التصرفات التي قد تؤدي إلى انتهاك حقوقه وحرياته، سواء كانت هذه التصرفات صادرة من العاملين في جهاز الشرطة، أو من أفراد آخرين، فهي تعمل على الاحترام الكامل للحقوق الإنسانية المنصوص عليها في دستور الدولة، من حقوق تتعلق بالفرد وحياته الشخصية، وحقوق تتعلق بالفرد وحياته في المجتمع، وحقوقه أمام القانون، وذلك من خلال نشر ثقافة الحقوق والحريات لدى الجمهور والعاملين في جهاز الشرطة.

كما أن الإدارة تقوم بتلقي الشكاوى المقدمة من الجهات الحكومية وغير الحكومية، والتحقيق فيها من خلال الرجوع للقواعد الدستورية والقانونية، ومحاولة إعادة الحقوق إلى أصحابها.

وكذلك تسعى الإدارة إلى حل الخلافات والمنازعات بين جميع الأطراف بالطرق الودية التي تحقق مصلحة الجميع، وتقديم المساعدة والمشورة لكل من يحتاجها بطرق تتفق مع القوانين المعمول بها في الدولة، والتي تحمي الحقوق المطالب بها.

ثانيًا: الهدف الإنساني:

لم تقتصر أهداف إدارة رعاية حقوق الإنسان على التحقيق في الشكاوى المقدمة ضد انتهاكات حقوق الإنسان، بل وجدت أيضًا أن من أهم حقوق الإنسان أن يعيش في عزة وكرامة، وأن يتم حمايته من أن يمد يده بسوء للحصول على لقمة العيش، فسعت إلى تقديم الخدمات الإنسانية للمحتاجين عن طريق التنسيق مع أجهزة الدولة الأخرى، وكذلك الجهات الخيرية المختلفة في الدولة، لسد حاجات الأشخاص المتقدمين إليها المادية والمعنوية.

وتقدم الإدارة خدماتها الإنسانية (المادية أو المعنوية) للمحتاجين، شريطة أن لا تتعارض مع القوانين وحقوق الآخرين، وتعمل الإدارة على سد حاجاتهم بعد التأكد من ظروفهم الشخصية، ورفع تقارير بخصوصهم إلى مختلف الجمعيات الخيرية في الدولة.

ثالثًا: الهدف الاجتماعي:

إن أقسام الخدمة الاجتماعية وحقوق الإنسان تعتبر تجربة شرطية فريدة من نوعها، تطبق المدخل الاجتماعي تطبيقًا فعليًا لمنع وقوع الجرائم خاصة تلك المتعلقة بالأحداث والأسر والخلافات بين الجيران.

وقد أثبتت التجربة أن جهاز شرطة دبي ليس جهازًا شرطيًا تقليديًا، يستخدم الوسائل المادية لمنع الجرائم، وتقليل فرص وقوع الجريمة، بل تعدى ذلك إلى المساهم في تحقيق توازن المجتمع المدني الذي يحمي ويصون حقوق أفراده.

وهذا الهدف الاجتماعي لإدارة رعاية حقوق الإنسان ساعد في خفض معدل الجرائم المرتكبة، وأسهم في حل المشكلات والخلافات الأسرية التي كانت سببًا من أسباب انتشار الجرائم، مثل الطلاق أو غياب أحد الوالدين أو التفكك الأسري والاجتماعي.

اختصاصات الإدارة:

1- الاضطلاع بكافة الشؤون المتعلقة بحقوق الإنسان.

2- حماية الحقوق والسعي لتقديم المساعدة والمشورة لمن يحتاج إليها.

3- التحقيق في الشكاوى الواردة من أفراد الجمهور، ونزلاء المؤسسات العقابية، ودور رعاية الأحداث، ومراكز الأحداث، والمسنين، وكذلك الشكاوى المقدمة من الجهات الحكومية، وغير الحكومية، والسعي لإعادة الحقوق إلى أصحابها.

4- تسوية المشكلات الواردة لكل قسم من أقسام الإدارة: بالطرق القانونية التي تحمي حقوق جميع الأطراف.

5- التنسيق مع الجهات الخيرية والخدمية في الدولة من أجل تقديم المساعدة (المادية والمعنوية) للأشخاص المحتاجين، والمتعرضين لأزمات عارضة.

6- التعاون مع المؤسسات الاجتماعية والتربوية في الدولة من أجل علاج المشاكل الاجتماعية، وإعادة تأهيل الأحداث المنحرفين.

7- دخول المنشآت العقابية وأماكن الحبس الاحتياطي في الإمارة، للتأكد من عدم وجود محبوس بصفة غير قانونية، من خلال الاطلاع على أوامر القبض والحبس أو سماع شكاوى النزلاء.

8- المرور على مراكز وإدارات الشرطة المختلفة للتأكد من عدم وجود انتهاكات للأشخاص المتعاملين مع شرطة دبي (مراجعين أو متهمين)، وللتحقيق في المواضيع التي قد تثار أثناء تلك الزيارات.

9- التوصية بتوقيع جزاء معين ضد منتسبي القوة إذا ثبت تورطهم في الأمور المحظورة والمؤدية لانتهاك الحقوق والحريات.

ثالثا: مركز الدعم الاجتماعي لشرطة أبو ظبي[23]:

أهداف المركز:

1- تدعيم العمل الاجتماعي في جهاز الشرطة: شكلاً ومضموناً.
2- تحسين علاقة الشرطة بالمجتمع، وإحداث نقلة نوعية بعلاقات المواطن بالشرطة، وعلاقة الشرطة بالمواطن.
3- تفعيل الدور الوقائي من الجريمة، وإشراك المجتمع في هذه المسؤولية.
4- الأخذ بأسلوب التوجيه والإصلاح، وإعادة التأهيل الاجتماعي لنزلاء المؤسسات العقابية وتجاوز النظرة العقابية.
5- كسر الحاجز النفسي لدى المواطنين، والقضاء على مسببات الخوف من رجل الشرطة.
6- إيجاد حلول موضوعية وعملية للمشكلات الاجتماعية والأسرية واحتوائها في مراحلها الأولى وقبل أن تتفاقم.
7- حل المشكلات الفردية والصراعات والخلافات الأسرية بأساليب الوفاق الاجتماعي.
8- استحداث وتطوير آليات تكوين أصدقاء الشرطة والعمل التطوعي في المجال الأمني كإحدى وسائل تمكين علاقة الشرطة بالمجتمع.
9- تثبيت القيم الإيجابية في المجتمع، ومحاربة العادات الضارة.
10- الأخذ بأسلوب الاندماج الاجتماعي، من خلال تطبيق فعلي لبرامج الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم.
11- تفعيل دور الأسرة في الوقاية من الجريمة والانحراف، وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي للأسر المفككة، وتمكينه من رعاية أبنائهم.
12- تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لضحايا العنف والجريمة.

دور مركز الدعم الاجتماعي في مساعدة وتأهيل ضحايا الجريمة:

1- تقديم الدعم النفسي والاجتماعي لضحايا العنف والجريمة والحوادث المرورية، والأخرى غير الجنائية، وبصفة خاصة للنساء والأطفال.

2- الانتقال لمراكز الشرطة لتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لضحايا الجرائم التي يتطلب فيها ذلك.

3- تقديم الدعم الاجتماعي للأطفال مجهولي الهوية واللقطاء، بالتنسيق مع الجهات المعنية.

4- اقتراح خطط وبرامج التأهيل المهني لضحايا العنف والجريمة.

الحالات التي يقدم لها المركز الدعم النفسي والاجتماعي:

1- ضحايا العنف الأسري بمختلف صوره، حتى وإن كانت الحالة ليست من اختصاص المركز عليه أن يقدم الدعم النفسي والاجتماعي للضحايا، ومن ثم تحال القضية إلى مركز الشرطة المختص.

2- ضحايا الجريمة من النساء والأطفال في مختلف الجرائم التي يتطلب فيها ذلك، خاصة جرائم: (هتك العرض – الاغتصاب – الاعتداء الجسدي البليغ – اللواط – الشروع – في الانتحار – الإهمال والإساءة للأطفال).

3- ضحايا الإصابات البليغة في حوادث (المرور – الحريق – الغرق).

4- الحالات الأخرى التي يحيلها مدير عام الشرطة للمركز.

مراجع الفصل الثالث عشر

(1) See: Elizabeth Fee & Roy M. Acheson (eds): A History Of Education Public Health (Oxford: Oxford University Press, 1991) Introduction.

(2) فوزي علي جاد الله: **الصحة العامة والرعاية الصحية** (القـاهرة: دار المعـارف، ط5، 1985) ص 23.

(3) WHO: **Constitution 1948, In Basic Documents** (Geneva: WHO, 15th ed., Preface.

(4) H.R. Leavell & E.G. Clarc (eds.): **Textbook Of preventive Medicine** (N.Y.: Mc-Graw Hill, 1993) Introduction.

(5) فوزي علي جاد الله: **مرجع سبق ذكره**، ص 25.

(6) **المصدر**: زيارة ميدانية لإدارة الطب الوقائي بمنطقة العين الطبية، فبراير 1996.

(7) **انظر**: مركز البحوث والدراسات الأمنية والاجتماعية: **الاعتبارات الأمنية في هندسة المباني** (أبو ظبي: الإدارة العامة لشرطة أبو ظبي، 1995) ص ص 1-64.

المصدر: مقابلات مع المهندس الاستشاري سامح أحمد سعيد مصطفى - رئيس مجلس إدارة شركة مينا بالقاهرة.

(8) **انظر**: محمد علاء عزام وآخرون: **السلامة المرورية** (أبو ظبي: مركز البحوث والدراسات الأمنية والاجتماعية، والإدارة العامة لشرطة أبـو ظبـي، 1994) ص ص 1-145.

(9) سيد صبحي: "التربية الوقائية"، **جريدة الأهرام**، القاهرة، 95/8/18، ص 5.

(10) حسين عبد الحميد أحمد: **دور المتغيرات الاجتماعية في الطب والأمراض، دراسة في علم الاجتماع الطبي** (الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث، 1983)، ص 236.

(11) رشدي أحمد طعيمة: "دور التربية في الوقاية من الجريمة"، **ندوة الوقاية من الجريمة**، مركز البحوث والدراسات الأمنية والاجتماعية بـأبو ظبـي، والمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض، أبو ظبي، 27 - 28 نوفمبر 1994، ص ص 12 - 13.

(12) **انظر**: محمد جمال الدين يونس: "مبادئ الأداء التعليمي لعـوض هيئـة التـدريس الجامعي وفق ما توصلت إليه أحدث الدراسات التربوية"، **ورشـة كليـة العلـوم**

الإنسانية والاجتماعية: تطوير طرق ومهارات التدريس الجامعي، جامعة الإمارات، العين: 4 – 6 فبراير 1996، ص ص 4 – 5.

عبد الرحمن حسن الإبراهيم ومحمد كمال الدين يونس: "محددات المناخ المدرسي الجيد بالمدرسة القطرية وعلاقتها بكل من الرضا الوظيفي للمعلمين وإنتاجية المدرسة"، **حولية كلية التربية**، جامعة قطر، العدد 12، السنة الثانية عشر، 1995.

(13) Source: **Global Monitoring Report** "Education for All", **UNESCO: 2007**.

(14) مدحت محمد أبو النصر: **الاتجاهات المعاصرة في تنمية وإدارة الموارد البشرية** (القاهرة: مجموعة النيل العربية، 2007) ص ص 81 – 85.

(15) Jeffrey Pjejter: **Competitive Advantage Thrugh People (Boston, MA: Harvard Business School Press, 1994)**.

انظر أيضًا: مدحت محمد أبو النصر: **أساسيات علم ومهنة الإدارة** (القاهرة: مكتبة دار السلام، 2007) ص ص 105 – 111.

(16) مدحت محمد أبو النصر: الاتجاهات المعاصرة في تنمية إدارة الموارد البشرية، مرجع سبق ذكره، ص ص 358 – 363.

(17) – **مدحت** محمد أبو النصر: "الوظيفة الاجتماعية للنسق الشرطي، دراسة حالة شرطة دبي"، **مجلة التخطيط والتنمية**، معهد التخطيط القومي.

– مدحت محمد أبو النصر: "الوظيفة الاجتماعية للنسق الشرطي، الدور الاجتماعي والإنساني لرجل الشرطة"، **مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية**، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، الجزء الأول، العدد 16، القاهرة: 2005، ص ص 89 – 90.

(18) انظر: خالد سعيد عبيد النقبي: **الشرطة المجتمعية** (القاهرة: دار الفكر العربي، 2007).

(19) عباس أبو شامة: "المفهوم والتطبيق والتقييم للشرطة المجتمعية"، **مؤتمر الشرطة المجتمعية**، الإدارة العامة لشرطة أبو ظبي، أبو ظبي: 18 – 21 فبراير 2001.

(20) الإدارة العامة لشرطة أبو ظبي: تقرير **مؤتمر الشرطة المجتمعية**، المرجع السابق.

(21) عباس أبو شامة: **مرجع سبق ذكره**.

(22) محمد عبد الله المر: "دور وزارة الداخلية في مكافحة جرائم المتاجرة بالبشر"، **مجلة الأمن**، **القيادة العامة لشرطة دبي**، العدد 384، دبي: يناير 2007، ص ص 35-37.

(23) **انظر**: – **المرجع السابق**: نفس الصفحات.

– خالد سعيد عبيد النقبي: **مرجع سبق ذكره**.

السيرة الذاتية للمؤلف

د. مدحت محمد محمود أبو النصر.

- بكالوريوس الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان (مصر).
- ماجستير تنمية وتنظيم المجتمع – جامعة حلوان (مصر).
- أستاذ تنمية وتنظيم المجتمع بكلية الخدمة الاجتماعية – جامعة حلوان.
- دكتوراه من كلية الدراسات الاجتماعية والإدارية بجامعة Wales ببريطانيا.
- أستاذ زائر بجامعة .C.W.R بالولايات المتحدة الأمريكية.
- أستاذ مُعار لجامعة الإمارات العربية المتحدة (سابقًا).
- رئيس قسم العلوم الاجتماعية والإنسانية بكلية شرطة دبي (سابقًا).
- عضو تحرير مجلة المنال – مدينة الشارقة للخدمات الإنسانية بالإمارات.
- مراسل مصر لمجلة المنال (الإمارات) ومجلة تنمية المجتمع (بريطانيا).
- نشر العديد من المقالات والبحوث باللغتين العربية والإنجليزية في مصر وخارجها.
- نشر العديد من الكتب العلمية عن الخدمة الاجتماعية والإدارة السلوكية، سواء منفردًا أو بالاشتراك مع آخرين وذلك في كل من: مصر والإمارات والولايات المتحدة الأمريكية.
- مثل مصر في المؤتمر الدولي للاتحاد الدولي للأخصائيين الاجتماعيين في السويد عام 1998.
- الفوز في المسابقة الدولة لشباب علماء علم الاجتماع في أسبانيا عام 1990.

- الحصول على منحة المجلس البريطاني في عام 1991.
- الحصول على منحة هيئة الفولبرايت الأمريكية في عام 1993.
- الحصول على منحة بحثية من جامعة الإمارات العربية المتحدة في عام 1995.
- الحصول على جائزة أفضل كتاب في مجال العلوم الاجتماعية من وزارة الثقافة والإعلام بدولة الإمارات في عام 1996 عن كتاب "الخدمة الاجتماعية الوقائية".
- **مُحكّم في المجالات العلمية التالية:**

1- مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية جامعة حلوان (مصر).

2- مجلة شئون اجتماعية (الإمارات).

3- مجلة كلية الآداب جامعة حلوان (مصر).

4- مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية للمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة.

- **مُحكّم في المؤتمرات العلمية التالية:**

1- المؤتمر الدولي السنوي لكلية الخدمة الاجتماعية بجامعة حلوان.

2- المؤتمر الدولي السنوي لكلية الخدمة الاجتماعية بجامعة الفيوم.

3- المؤتمر السنوي للمعهد العالي للخدمة الاجتماعية بالقاهرة.

- **شارك في تأليف عدد من الكتب منها:**

1- مقدمة في الخدمة الاجتماعية.

2- مقدمة في الرعاية الاجتماعية.

3- الخدمة الاجتماعية مع الأسرة والطفولة.

4- الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية الشباب.

5- الخدمة الاجتماعية في مجال حماية البيئة من التلوث.

6- تنمية المجتمع كعملية (مراجعة).

7- بحوث تنمية المجتمع (مراجعة).

8- International Handbook on Social Work Theory and Practice

9- الرعاية الاجتماعية في الإمارات: الماضي والحاضر والمستقبل.

10- الدفاع الاجتماعي (منفرد).

11- رعاية الأحداث الجانحين في الإمارات العربية المتحدة.

- **أحدث الكتب للمؤلف:**

1- اكتشف شخصيتك وتعرف على مهارتك في الحياة والعمل.

2- بناء وتدعيم الولاء المؤسسي لدى العاملين بالمنظمة.

3- الوظيفة الاجتماعية للأحزاب السياسية.

4- رعاية وتأهيل متحدي الإعاقة.

5- تنمية القدرات الابتكارية لدى الفرد والمنظمة.

6- رعاية أصحاب القدرات الخاصة.

7- قواعد ومراحل البحث العلمي.

8- إدارة الجمعيات الأهلية.

9- لغة الجسم، دراسة في نظرية الاتصال غير اللفظي.

10- البرمجة اللغوية العصبية.

11- إدارة اجتماعات العمل بنجاح.

12- إدارة منظمات المجتمع المدني.

13- الإدارة بالحب والمرح.

14- مفهوم ومراحل وأخلاقيات مهنة التدريب في المنظمات العربية.

15- التحرر من أمريكا (مراجعة).

16- الاتجاهات المعاصرة لتنمية وإدارة الموارد البشرية.

17- أساسيات علم ومهنة الإدارة.

18- إدارة العملية التدريبية.

19- رعاية وتأهيل نزلاء المؤسسات الإصلاحية والعقابية.

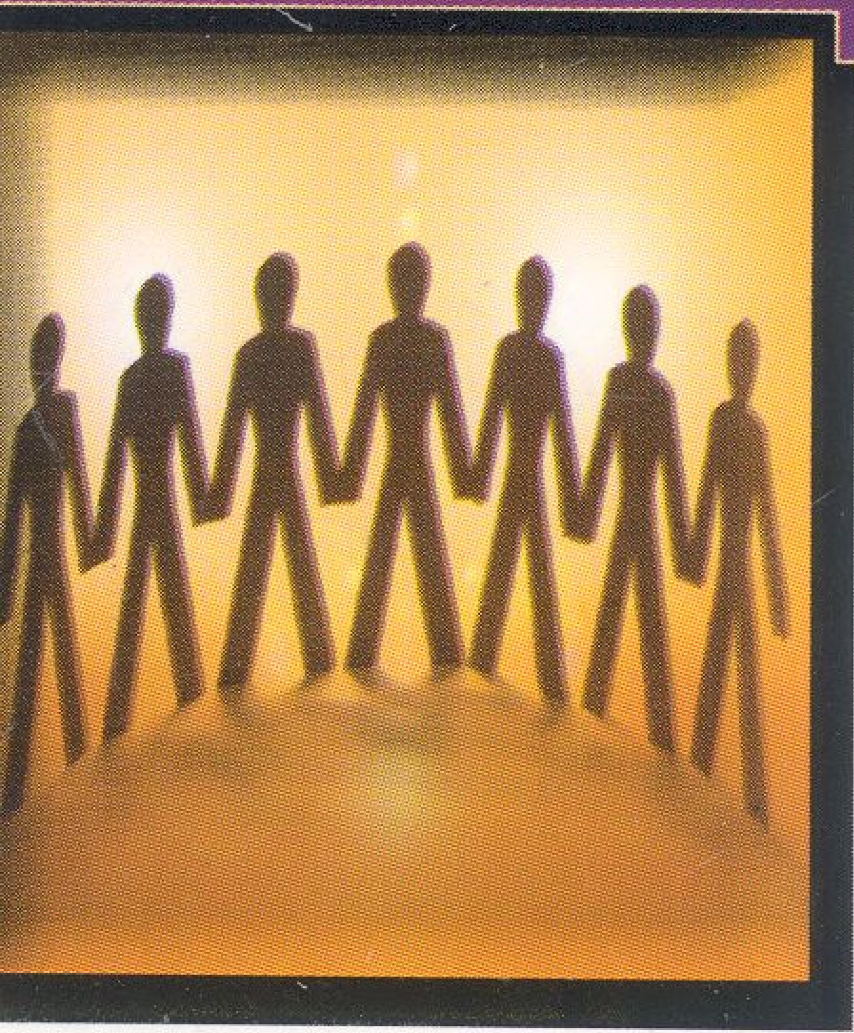
20- مشكلة أطفال بلا مأوى في مصر - بحوث ودراسات.

21- مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات.

22- تنمية الذكاء العاطفي / الوجداني.

23- إدارة الذات.

24- إدارة الوقت.



لقد تم تسمية الكتاب بعنوان "الاتجاهات المعاصرة في ممارسة الخدمة الاجتماعية الوقائية" نظرًا لمحاولة الكتاب تقديم الخطوط العريضة التي تسهل وتشجع الأخصائيين الاجتماعيين على ممارسة المدخل الوقائي في الخدمة الاجتماعية في مجالات العمل التي يعملون بها، وعلى مختلف الوحدات الإنسانية التي يعملون معها...

والخدمة الاجتماعية الوقائية اتجاه حديث نسبيًا في ممارسة مهنة الخدمة الاجتماعية. وهذا الاتجاه يركز أساسًا على المدخل الوقائي وليس على المدخل العلاجي. فالوقاية خير من العلاج، لما يترتب عليها من توفير الوقت والجهد والتكاليف وتخفيف العبء العلاجي بصفة عامة.

فالعمل على إشباع الاحتياجات المشروعة بمعناها العام، وتلافي الضغوط والقلق الزائد ومواقف الشدة والأزمات التي يتعرض لها الأفراد والجماعات والمنظمات والمجتمعات، والاهتمام الجاد بالتخطيط لحياة الناس، يُمَكّن من تلافي وتجنب الوقوع والوقاية من المشكلات سواء كانت صحية أو نفسية أو اجتماعية أو تعليمية أو اقتصادية...

والخدمة الاجتماعية الوقائية هي مجموعة الأنشطة المهنية التي يقوم بها الأخصائيون الاجتماعيون بهدف تجنب أو تفادي المشكلات المتنبأ بها بصفة عامة والاجتماعية بصفة خاصة لدى الناس، وخاصة المعرضين للمخاطر أكثر من غيرهم، وذلك من خلال تذويدهم بقدر معقول من المعارف والاتجاهات والمهارات لمواجهة مواقف الشدة والقلق والضغوط والأزمات. أيضًا من خلال توفير الظروف المجتمعية التي تدعم برامج إشباع الاحتياجات المشروعة وزيادة فرص الحياة للأفراد وللجماعات وللمجتمعات.

الناشر





Arab Nile Group
P.O. Box: 4051, 7th District
Nasr City 11727 Cairo – Egypt t
Tel.: 00202/26717135 – 26717134
Fax: 00202/26717135
E-mail: info@arabnilegroup.com
E-mail: arab_nile_group@hotmail.com
www.arabnilegroup.com



Arab Nile Group
Cairo - Egypt

I.S.B.N.: 977 -377 -072 - 9